

Étude sur l'accès à la santé au sens large de l'OMS dans les Pyrénées-Orientales

Appui technique du CREAI-ORS OCCITANIE auprès
du Conseil départemental des Pyrénées-Orientales

Rapport final

Octobre 2021

● **Site MONTPELLIER**
135 allée Sacha Guitry
BP 35567
34072 Montpellier cedex 03
04 67 69 25 03

● **Site TOULOUSE**
Faculté de Médecine
37 allées Jules Guesde
31000 Toulouse
05 61 53 11 46

CONTACT



SITE INTERNET



SANTÉ & VULNÉRABILITÉS



Étude sur l'accès à la santé au sens large de l'OMS dans les Pyrénées-Orientales

Appui technique du CREAi-ORS OCCITANIE auprès
du Conseil départemental des Pyrénées-Orientales

Rapport final

Octobre 2021

RUIZ Inca, Conseillère technique-statisticienne

YEGHICHEYAN Jennifer, Chargée d'études en sciences sociales

● **Site MONTPELLIER**
135 allée Sacha Guitry
BP 35567
34072 Montpellier cedex 03
04 67 69 25 03

● **Site TOULOUSE**
Faculté de Médecine
37 allées Jules Guesde
31000 Toulouse
05 61 53 11 46

CONTACT



SITE INTERNET



REMERCIEMENTS

Nous adressons nos plus sincères remerciements à l'ensemble des professionnels rencontrés tout au long de ce travail pour leur disponibilité et leur accueil.

Enfin, que les membres du CREAI ORS Occitanie ayant participé à la mise en place de l'étude, à la réalisation et l'animation de rencontres auprès des intervenants et à sa relecture soient aussi remerciés pour leur travail et leur soutien.

TABLE DES MATIÈRES

1/ CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA DÉMARCHE	1
2/ ZOOM SUR LE DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES	2
2.1 Configuration géographique	2
2.2 Constats au préalable	3
2.3 Périmètre de l'étude	3
2.4 Méthodologie	4
2.5 Étapes de travail et calendrier	5
3/ ÉTAT DES LIEUX	7
3.1 Données de cadrage	7
3.1.1 Nombre d'habitants et densité au km ²	7
3.1.2 Accroissement de la population	8
3.1.3 Pyramide des âges	9
3.1.4 Indice de vieillissement	10
3.1.5 Affections de longue durée	11
3.2 Démographie médicale	13
3.2.1 Médecins généralistes libéraux	13
3.2.2 Professionnels libéraux des autres spécialités médicales	15
3.2.3 Professionnels paramédicaux et psychologues libéraux	17
3.2.4 Accessibilité potentielle localisée (APL) par commune et par professionnel de santé	20
3.2.5 Maisons de santé pluriprofessionnelles	24
3.3 Cartographie de l'offre	26
3.3.1 Les établissements de santé	26
3.3.2 Les établissements de santé ayant une maternité	28
3.3.3 Les établissements de santé spécifiques à la psychiatrie	29
3.3.4 Les structures de soins infirmiers coordonnés	31
3.3.5 Les structures d'aides à domicile	32
3.3.6 Les structures médicosociales d'accompagnement des enfants en situation de handicap	33
3.3.7 Les structures médicosociales d'accompagnement des adultes en situation de handicap	34
3.3.8 Les structures médicosociales d'hébergement des personnes âgées	35
3.3.9 Les structures sociales d'accompagnement des enfants confiés à l'ASE	36
3.3.10 Les structures sociales d'accompagnement des adultes en difficultés sociales	37
3.3.11 Les structures œuvrant autour de la prévention, la réduction des risques, l'accès aux droits communs	38
3.3.12 Les structures œuvrant autour de l'accès au logement, à l'insertion professionnelle ou sociale	39
3.4 Agly	41
3.4.1 Médecins généralistes	41
3.4.2 Médecins spécialistes	42
3.4.3 Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux	44

3.5	Perpignan.....	45
3.5.1	Médecins généralistes	45
3.5.2	Médecins spécialistes	46
3.5.3	Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux	48
3.6	Tech.....	49
3.6.1	Médecins généralistes	49
3.6.2	Médecins spécialistes	50
3.6.3	Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux	52
3.7	Têt.....	53
3.7.1	Médecins généralistes	53
3.7.2	Médecins spécialistes	54
3.7.3	Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux	56
4/	DYNAMIQUES EXISTANTES AUTOUR DE PROJETS OU DISPOSITIFS EN COURS.....	57
4.1.1	Les actions du Département mises en œuvre, en cours ou en développement.....	57
4.1.2	Les actions portées par des acteurs locaux	59
5/	ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES : PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE DES ACTEURS	60
5.1	Identification des forces et faiblesses du département des Pyrénées-Orientales et de ses territoires autour de l'accès à la Santé	60
5.2	Points d'intérêt complémentaires	64
5.2.1	Profil socio-sanitaire de la population des Pyrénées-Orientales.....	64
5.2.2	À propos de la télémédecine	64
5.2.3	À propos de l'émergence de nouveaux métiers d'« assistants médicaux ».....	65
5.2.4	À propos de la précarité et du sentiment d'exclusion.....	65
5.2.5	Les ressources en Santé identifiées par le comité des jeunes ODPE 66.....	66
5.2.6	Délais d'attente moyens en CAMSP, CMPP, CMP	67
6/	PISTES DE RÉFLEXION PROPOSÉES PAR LES ACTEURS INTERROGÉS	68
6.1	Pistes de réflexion proposées en lien direct ou indirect avec les champs de compétences du Conseil départemental.....	68
6.2	Pistes de réflexion proposées pour un accès aux soins et à la santé pour tous.....	72
7/	DISCUSSION : LES ENJEUX POUR LE DEPARTEMENT	79
8/	LISTE DES SIGLES.....	84
9/	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	86
10/	ANNEXE : BIBLIOGRAPHIE	89

1/ CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA DÉMARCHE

Depuis l'annonce en mars 2020 des mesures de confinement liées à la crise sanitaire de la COVID-19, le Département s'est organisé pour poursuivre son action au plus près des habitantes et des habitants des Pyrénées-Orientales.

En première ligne sur les enjeux sociaux et médico-sociaux et en renfort sur le champ sanitaire, la collectivité a accompagné les nouveaux besoins de la population et les services locaux de l'État dans la lutte contre la pandémie.

La crise COVID a confirmé que, dans les territoires, les acteurs de l'offre de soins sont multiples et relèvent de différents champs sanitaire, social et médico-social pour répondre à des prises en charge complexes. Exacerbées pendant la crise sanitaire, les problématiques d'accès aux soins, de prise en charge des soins non programmés, de suivi des publics fragiles et en particulier des personnes âgées ont pourtant été surmontées dans les territoires.

À ce titre, le Département a sollicité le CREAI-ORS Occitanie afin de réaliser un état des lieux autour de l'accès à la « Santé » au sens large de l'OMS et d'élaborer des pistes d'actions coconstruites avec l'ensemble des acteurs à partir d'une analyse des besoins des habitants dans les différents territoires.

L'objectif central de la démarche est d'obtenir des éléments de réponse sur plusieurs niveaux de questionnement pour permettre au Conseil Départemental de déployer par la suite un plan d'action adapté aux besoins identifiés :

- Quelles sont les zones territoriales bien équipées en dispositifs/actions « Santé » (y compris la démographie médicale) pouvant contribuer à la prise en charge « Santé » des personnes fragiles ?
- Quelles sont les zones peu voire non équipées ?
- En tenant compte des compétences de l'ARS et des collectivités territoriales dans le domaine de la santé, quelles actions peuvent être portées par le Conseil Départemental pour venir compléter l'action publique dans ce domaine ?

PRÉCISIONS

La définition de la santé adoptée en 1946 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition a été complétée par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 permettant de mettre en place les concepts de prévention et de promotion de la santé.

Extrait Charte d'Ottawa, OMS 1986 : « Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

À ce titre, la notion de « Santé au sens large de l'OMS » utilisée au sein de ce rapport sous-entend « le soin, la prévention et la promotion de la santé ».

2/ ZOOM SUR LE DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES

2.1 Configuration géographique

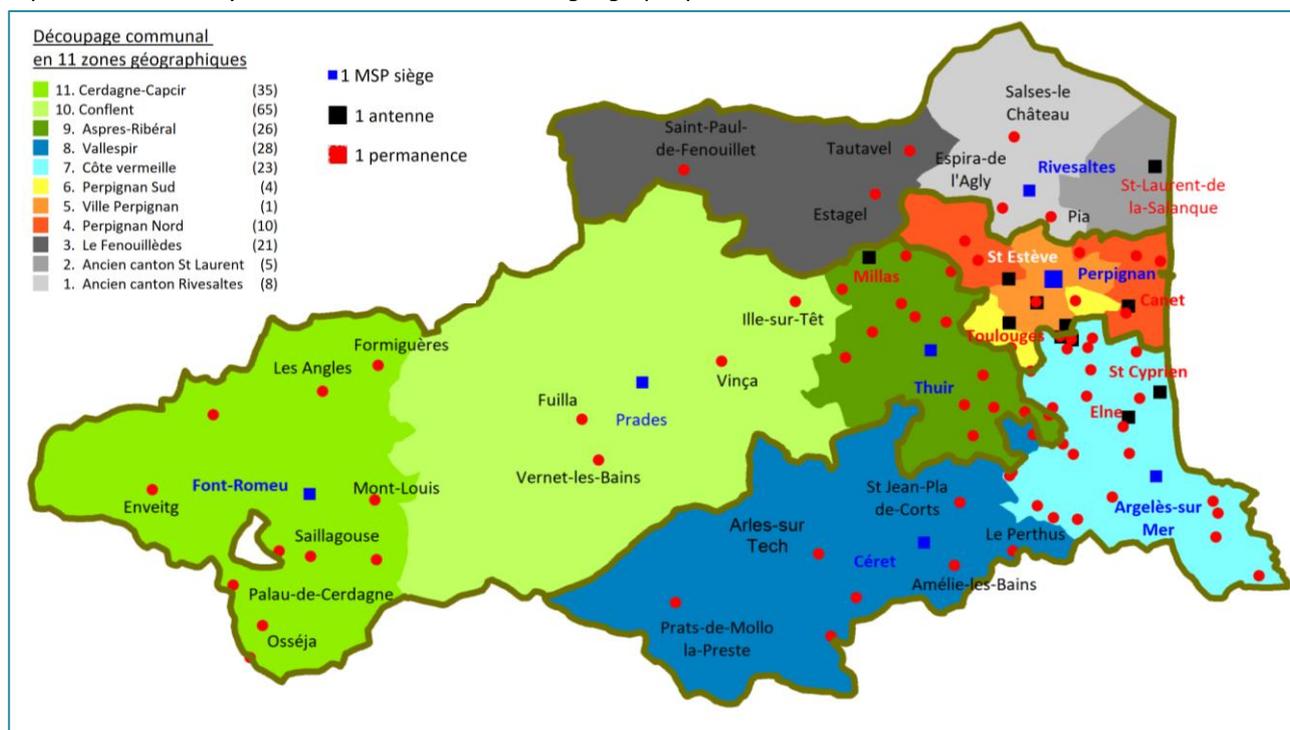
Le département des Pyrénées-Orientales s'étend sur 4 116 km² et borde la Méditerranée à l'ouest et les contreforts des Pyrénées au sud. Trois vallées parallèles (Agly, Têt et Tech) composent le paysage du département jusqu'à la plaine du Roussillon.

Le territoire est marqué par plusieurs reliefs des contreforts des Pyrénées (les Albères et le Massif du Canigou) et des Corbières. Les hauts cantons ont des villages parfois difficiles d'accès et isolés. Cette configuration géographique influe sur le peuplement du territoire.

Le département se compose de 17 cantons, 12 intercommunalités et 226 communes au 1^{er} janvier 2021. Au niveau social et médico-social, il est sectorisé en quatre territoires (le Perpignanais et les trois vallées : Agly, Tech et Têt), nommés « territoires MSP » comprenant huit Maisons Sociales de Proximité (MSP) avec 11 antennes et 75 permanences d'accueil¹. Le territoire de démocratie sanitaire défini par l'ARS Occitanie correspond au territoire départemental.

Afin de faire une analyse plus fine infra-territoriale MSP, le découpage du département selon les 4 MSP et 11 sous-territoires (territoires d'« usage » des MSP) a été utilisé tout au long de cet état des lieux.

Carte 1 : Maillage territorial des Maisons Sociales de Proximité (MSP) selon les 4 territoires d'action du Conseil départemental des Pyrénées-Orientales et 11 zones géographiques



Source : Conseil départemental 66 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

¹ Conseil Départemental des Pyrénées-Orientales, Plaquette des 8 MSP, septembre 2016, 9p accessible sur le site du Département : <https://www.ledepartement66.fr/dossier/les-maisons-sociales-de-proximite/>

2.2 Constats au préalable

La crise sanitaire liée à l'épidémie de la COVID-19 a mis l'accent sur des problématiques d'accès à la santé des populations observées au préalable de cette démarche à plusieurs niveaux :

- disparité territoriale : une inégalité territoriale d'accès aux soins primaires est observée depuis quelques années dans le département des Pyrénées-Orientales et se confirme aujourd'hui au regard de l'impact de la crise sanitaire sur la santé et le parcours de soins des habitants du département. Cette inégalité d'accès aux soins primaires est en partie le résultat d'une démographie médicale insuffisante et d'un accès hétérogène aux équipements de proximité ;
- offre : la répartition des médecins (médecins généralistes et médecins spécialistes) et autres professionnels de santé est hétérogène et les effectifs dans certaines disciplines sont insuffisants voire inexistantes dans certains territoires ;
- mobilité : une part non négligeable des personnes vivent dans des territoires éloignés de la ville de Perpignan qui regroupe la majorité de l'offre en professionnels de santé, mais aussi éloignés de communes qui ont pu mettre en place une maison de santé pluriprofessionnelle (MSPP) ou un centre municipal de santé (CMS). Ces personnes rencontrent des difficultés importantes pour se déplacer vers le soin ;
- coordination entre les dispositifs et les acteurs de secteurs différents : il existe des dispositifs et des acteurs de l'offre de soins et d'accès à la santé relevant de différents secteurs (social, médicosocial et sanitaire) qui œuvrent au quotidien pour accompagner les habitants du département.

L'enjeu est donc d'analyser l'accès à la santé des habitants des Pyrénées-Orientales et leurs difficultés ou leurs facilités.

2.3 Périmètre de l'étude

L'étude concerne l'ensemble de la population des Pyrénées-Orientales avec une approche globale d'une part, et territorialisée d'autre part. Selon la disponibilité des informations recueillies et des données mobilisées, son périmètre est centré autour des niveaux géographiques suivants :

- ▶ le département des Pyrénées-Orientales ;
- ▶ les 4 territoires de l'action sociale de proximité du Département dits « territoires MSP » (Agly, Perpignan, Tech, et Têt) ;
- ▶ les 11 sous-territoires correspondant aux organisations intra-territoriales entre les acteurs, les maisons sociales de proximité et les habitants du territoire qui sont définis de la façon suivante à partir d'une correspondance géographique communale avec les territoires MSP (Cf. carte 1) :
 - Territoire MSP Agly : communes de l'ancien canton de Rivesaltes, celles de l'ancien canton de St Laurent (c'est-à-dire de St Laurent de la Salanque) et les autres communes appartenant au Fenouillèdes ;
 - Territoire MSP Perpignan : communes de la MSP Perpignan Nord (sans la ville de Perpignan), commune de Perpignan et les autres communes de la MSP Perpignan Sud ;
 - Territoire MSP Tech : communes de la MSP Côte Vermeille et celles de la MSP Vallespir (y compris le Haut-Vallespir) ;
 - Territoire MSP Têt : communes de la MSP Aspres-Ribéral, celles de la MSP Cerdagne-Capcir et celles de la MSP Conflent.

2.4 Méthodologie

L'appui technique proposé par le CREAI-ORS Occitanie a pour objectifs de :

- produire un état des lieux, à la fois quantitatif et qualitatif, de la démographie médicale et de l'offre existante en termes d'acteurs, opérateurs ou dispositifs intervenant dans le champ de la santé au sens large de l'OMS ;
- identifier les besoins des habitants-es des Pyrénées-Orientales à l'égard de l'accès à la santé au sens large de l'OMS.

Cette mission d'appui technique s'est décomposée en trois axes de travail menés de façon simultanée :

Etape 1. État des lieux de l'offre existante

- ▶ Mobilisation de sources de données disponibles décrivant la démographie médicale et l'offre ;
- ▶ Identification des principaux acteurs, opérateurs ou dispositifs existants intervenant dans le champ de la santé. Réalisation d'une enquête par questionnaire en ligne auprès de ces acteurs repérés au préalable ; Une base d'acteurs ou dispositifs existants autour de la santé (base non exhaustive) a été construite à partir de différents annuaires et bases disponibles en interne au CREAI-ORS Occitanie ou fournis par les services du CD66 (MSP, MAIA...) et les partenaires ayant contribué à l'étude (Contrat Local de Santé, maisons de santé pluriprofessionnelles ou MAIA NORD). Une enquête par questionnaire en ligne a permis d'identifier les besoins ;
- ▶ Réalisation d'une cartographie de l'offre (à échelle communale) à partir des éléments recueillis en amont.

Etape 2. Recueil de points de vue d'acteurs et identification des facteurs facilitant ou limitant l'accès à la santé dans chaque territoire et sous-territoire

Ce deuxième axe a permis de :

- compléter l'état des lieux de l'étape 1 ;
- mettre en regard des points de vue provenant de différentes catégories de personnes (y compris les bénéficiaires directs) ;
- déterminer les facteurs facilitant à l'accès à la santé ou au contraire ceux en limitant l'accès ;
- identifier les besoins au sein de chaque territoire et sous-territoire.

Des temps d'échanges autour de l'accès à la santé sous forme de rencontres ont été organisés auprès :

- ▶ d'un groupe territorial représentant les professionnels des MSP : constitution d'un groupe « MSP » par territoire MSP avec une attention particulière portée à la représentation des différents services/métiers (assistant social, infirmier, médecin, sage-femme, psychologue, travailleurs sociaux PA/PH/DEF/LOGEMENT/INSERTION, MAIA, CLIC...) ;
- ▶ d'un groupe territorial représentant les acteurs du soin (professionnels de santé libéraux, coordinateurs de MSPP, représentants de Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS)...): constitution de ce groupe dans chaque territoire avec le soutien des coordinateurs de MSPP ou du Contrat Local de Santé (CLS) (à l'exception du territoire du Tech pour lequel aucune MSPP n'existe au moment de la mise en place de ces groupes) ;
- ▶ d'un groupe transversal représentant les services de la direction générale des solidarités (PMI-Santé Enfant, IDEA, IAD, SPDI, CDIS...) ;
- ▶ de groupes ou comités d'usagers déjà mis en place au sein du Département :
 - le Collège des personnes concernées par la précarité du CDIS : réuni à plusieurs reprises afin d'écrire un document de travail sur le thème « santé et précarité » ;

- le groupe de paroles « Réseau Santé des jeunes » de l'ODPE66 : réuni en juin 2021 à l'occasion de la participation du Comité des jeunes à la consultation nationale 2021 du défenseur des droits. 15 jeunes de 14 à 21 ans, concernés par la protection de l'enfance, y ont participé et ont rédigé trois documents : un nuage de mots « La santé pour vous c'est quoi ? », une carte réseau « Vers qui vous tournez-vous quand ça ne va vraiment pas ? » (santé physique et mentale) et un écrit complémentaire.

Un recueil de point de vue des pharmaciens en officine sur la situation par territoire était prévu sous forme de questionnaire en ligne. Il n'a pas pu être mis en place en raison d'une préconisation de l'Ordre des Pharmaciens de ne pas les surcharger davantage au regard de leur gestion de la crise sanitaire.

Etape 3. Analyse de l'ensemble des éléments recueillis et production de la synthèse finale avec des propositions de pistes d'actions

Au sein de ce rapport, différents encadrés sont proposés afin de compléter les données quantitatives par des éléments qualitatifs issus de constats recueillis auprès d'acteurs. Ils sont repérables par les icônes suivants :

	CONSTATS-ENJEUX	informations complémentaires issues de l'enquête par questionnaire en ligne réalisée auprès des acteurs
	CONSTATS-ENJEUX	informations complémentaires citées par les professionnels lors des différents groupes ou entretiens individuels organisés
	CONSTATS-ENJEUX	informations complémentaires issues de ressources documentaires transmises par les services du Conseil départemental, des partenaires ou du service de documentation du CREAI-ORS
	POUR COMPLÉTER	informations complémentaires proposées par le CREAI-ORS

2.5 Étapes de travail et calendrier

Activités	Calendrier
Etape 1. Etat des lieux de l'offre existante	
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation de sources de données disponibles décrivant la démographie médicale et l'offre 	Mars à août
<ul style="list-style-type: none"> • Identification des principaux acteurs, opérateurs ou dispositifs existants intervenant dans le champ de la santé. • Construction d'une base départementale et par territoire (non exhaustive) à partir de bases disponibles en interne au CREAI-ORS complétées par des annuaires fournis par les MSP/CLS/MSPP/ MAIA NORD. A ce titre, des contacts téléphoniques ont été réalisés au préalable avec : <ul style="list-style-type: none"> - pour le territoire de l'Agly : MAIA Nord, CLS CC Agly-Fenouillèdes, MSPP St Paul de Fenouillet et MSPP Multisites – Pia - pour le territoire de la Têt : MAIA SUD, MSPP Haute-Cerdagne, MSPP Les Angles et CLS Cerdagne-Capcir-Haut-Conflent 	Février à mai
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une enquête par questionnaire en ligne auprès de l'ensemble des acteurs repérés à l'étape précédente (base mailing) – Lancement de l'enquête le 21 avril avec une première date de retour proposée au 14 mai 2021. Une relance a été faite le 31 mai pour une date de retour prolongée au 15 juin. 	Avril à juin

Etape 2. Recueil de points de vue d'acteurs et identification des facteurs facilitant ou limitant l'accès à la santé dans chaque territoire et sous-territoire	
• Élaboration d'une proposition de courrier (repris, réajusté par la Direction générale des solidarités et signé par la présidente du Conseil Départemental) à destination des présidents de l'ordre des médecins, des infirmiers et des pharmaciens	Mars 2021
<u>Groupe « Pharmaciens »</u> : élaboration du recueil et prise de contact avec l'ordre des pharmaciens afin d'organiser la diffusion par mail du questionnaire en ligne (recueil non réalisé)	Mars-juin 2021
<u>Groupes « Professionnels MSP »</u> : Un temps d'échanges a été organisé en visioconférence avec l'ensemble des directions des MSP afin de présenter l'étude, ses objectifs et d'organiser la constitution de 4 groupes MSP qui se sont déroulés pour :	18 mars 2021
- MSP Perpignan (en visioconférence – période de confinement)	18 mai
- MSP Agly : en présentiel à Rivesaltes	21 mai
- MSP Têt : en présentiel à Prades	25 mai
- MSP Tech : en présentiel à Céret	28 juin
<u>Groupe « Acteurs du soin »</u> : en visioconférence de 19h à 20h30	
- Agly avec la participation de la MSPP Baho, la MSPP Unilib Santé Pia, la MSPP St Paul de Fenouillet et la CPTS Agly Pyrénées Corbières Méditerranée	9 juin
- Perpignan avec la participation de la MSPP Cabestany, la MSPU Avicenne, et un représentant des professionnels de santé de Perpignan Centre	16 juin
- Têt avec la participation de la MSPP de Haute-Cerdagne et du CLS Cerdagne	23 juin
Pour le territoire du Tech, des entretiens téléphoniques avec des professionnels de soin en libéral ont été réalisés.	Août
<u>Groupe transversal</u> : « Services de la direction générale des solidarités » en visioconférence	06 juillet
<u>Groupe bénéficiaires</u> : (animation et production des documents réalisée par les services du Département)	mai-juin
Etape 3. Analyse et rédaction	
• Rédaction d'un rapport-synthèse avec des propositions de pistes d'action	Août-sept.
• Présentation des principaux résultats – Cotech	6 octobre
• Finalisation du rapport-synthèse et envoi du livrable	mi-octobre

Pendant toute la durée de la mission, des contacts réguliers avec les services du Département ont été assurés par le CREAi-ORS Occitanie par téléphone, visioconférence ou courriers électroniques. Trois comités techniques ont été organisés permettant de réajuster et suivre régulièrement la démarche : 17 février, 10 mars et 5 mai 2021.

3/ ÉTAT DES LIEUX

3.1 Données de cadrage

3.1.1 Nombre d'habitants et densité au km²

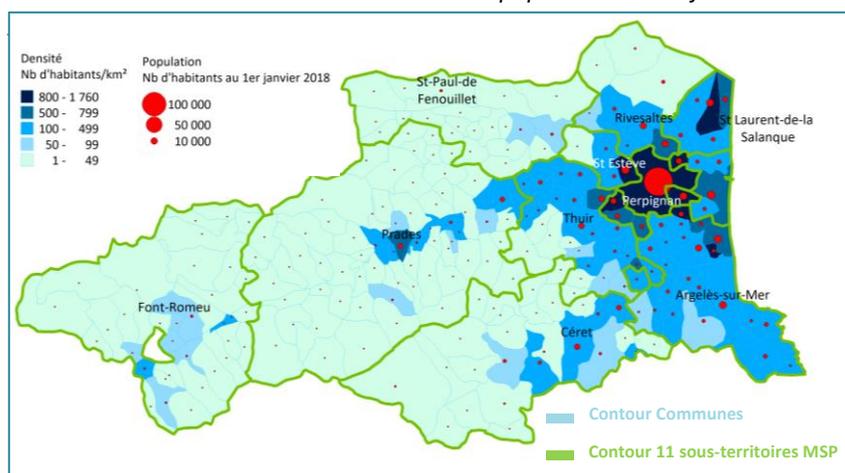
o **Une densité forte à Perpignan, à l'opposé du territoire de la Têt**

Plus de 476 300 habitants étaient dénombrés dans le département des Pyrénées-Orientales au 1er janvier 2018, faisant de celui-ci le 54^e département de France. Il regroupe 0,7 % de la population française et 8 % de la population régionale.

Le nombre d'habitants est très variable selon les territoires d'action sociale du Département : il y a trois fois plus d'habitants dans le territoire des MSP Perpignan que dans celui de la MSP Agly.

Le territoire des MSP Perpignan est le plus dense avec plus de 870 habitants au km² alors que dans le territoire des MSP Têt la densité est inférieure à 45 habitants au km² (20 fois moins peuplés).

Carte 2 : Nombre d'habitants et densité de la population au 1^{er} janvier



Source : Insee RP 2018, découpage communal - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

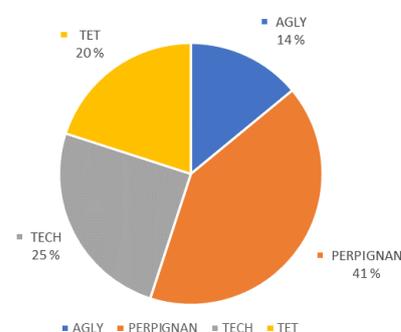


CONSTATS-ENJEUX

De grandes différences de nombre d'habitants ou de densité sont observées entre les territoires. Les politiques d'accès à la santé doivent nécessairement être adaptées aux caractéristiques spécifiques des populations les plus en difficultés pour aller vers le soin et la prévention :

- des familles démunies en termes de guidance parentale ;
- des enfants en souffrance psychique, des jeunes confiés à l'ASE (5-10 ans) avec des difficultés multifactorielles ;
- des personnes âgées de plus en plus nombreuses à vivre à domicile et isolées dans des territoires semi-ruraux voire ruraux sans soutien familial avec des pathologies neurodégénératives lourdes, des conduites à risques ;
- des familles monoparentales avec des difficultés d'accès aux soins ;
- des jeunes de 16 à 20 ans en situation de handicap et en rupture de soins ;
- des personnes de plus en plus nombreuses en situation de précarité, marquées par des ruptures sociales.

Figure 1 : Répartition de la population des Pyrénées-Orientales au 1^{er} janvier 2018



Source : Insee RP 2018- Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Tableau 1 : Nombre d'habitants et densité de la population au 1^{er} janvier 2018

	MSP Agly	MSP Perpignan	MSP Tech	MSP Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.
Nombre d'habitants	65 570	197 056	120 543	93 188	476 357	5 885 496	64 844 037
Densité (hab/km ²)	94	872	114	44	116	81	119

Source : Insee RP 2018- Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Le nombre d'habitants est issu des recensements de population réalisés par l'Insee. La population prise en compte est la population municipale agrégée par territoire. La densité de population est obtenue en divisant le nombre d'habitants d'un territoire par sa superficie.

3.1.2 Accroissement de la population

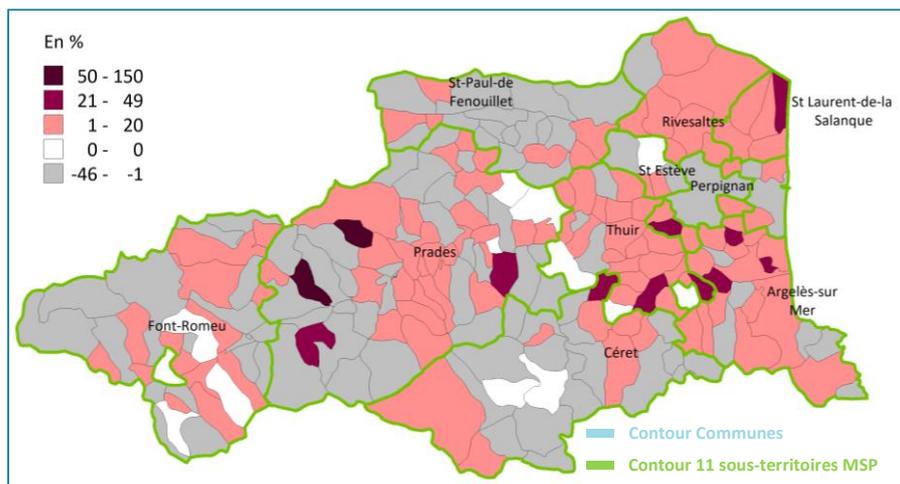
o Une dynamique démographique inégale sur les territoires

En moyenne, le département des Pyrénées-Orientales a gagné plus de 2 700 habitants par an au cours de la période 2013-2018. Cela correspond à un taux d'accroissement annuel moyen de la population de 0,6 % par an. Cette croissance est 1,5 fois plus forte qu'en France métropolitaine (0,4 %). Elle est cependant un peu moindre qu'au niveau régional (0,7 %).

Dans deux territoires (Agly et Têt), l'accroissement démographique annuel moyen entre 2013 et 2018 est supérieur à celui observé au niveau départemental.

À l'opposé, la population est restée stable (en termes d'effectifs) entre 2013 et 2018 dans le territoire de Perpignan.

Carte 3 : Évolution de la population entre 2013 et 2018 (%)



Source : Insee RP 2013 – 2018, découpage communal - Exploitation : CREA-ORS Occitanie

CONSTATS-ENJEUX

Selon les professionnels interrogés, la hausse démographique observée dans certains territoires se traduit par l'arrivée de deux grandes catégories de publics : des familles qui se retrouvent sans médecin traitant et des personnes âgées propriétaires de résidences secondaires et venant vivre définitivement dans le département qui se retrouvent en situation de vulnérabilité face à l'avancement en âge.

Dans certains territoires, la population peut augmenter de façon importante en raison d'une saisonnalité démographique en lien avec une activité touristique importante. Les professionnels interrogés dans le territoire de la Cerdagne-Capcir estiment que la population est multipliée par dix lors des saisons touristiques notamment l'hiver, mais, désormais, de plus en plus l'été. Cela nécessite des adaptations importantes notamment sur le nombre de professionnels de santé nécessaires. La MSPP doit recruter deux médecins adjoints supplémentaires pour faire face à l'afflux de patients lors des périodes touristiques. Néanmoins, les aides potentielles sont calculées sur le nombre d'habitants à l'année et ne prennent pas en compte les variations démographiques liées au tourisme.

Tableau 2 : Taux d'accroissement annuel moyen de la population entre 2013 et 2018

	Agly	Perpignan	Tech	Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.
Accroissement annuel moyen (%)	1,6	0,1	0,6	0,9	0,6	0,7	0,4
Nombre annuel moyen de nouveaux habitants *	950	250	710	820	2 730	40 320	229 230

* nombre arrondi à la dizaine la plus près

Source : Insee RP 2013 - 2018- Exploitation : CREA-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

L'accroissement de la population est apprécié entre deux cycles de recensement, soit sur une période de 5 ans. Le taux observé sur 5 ans est présenté en moyenne annuelle et s'exprime en pourcentage.

3.1.3 Pyramide des âges

o Des territoires marqués par un vieillissement

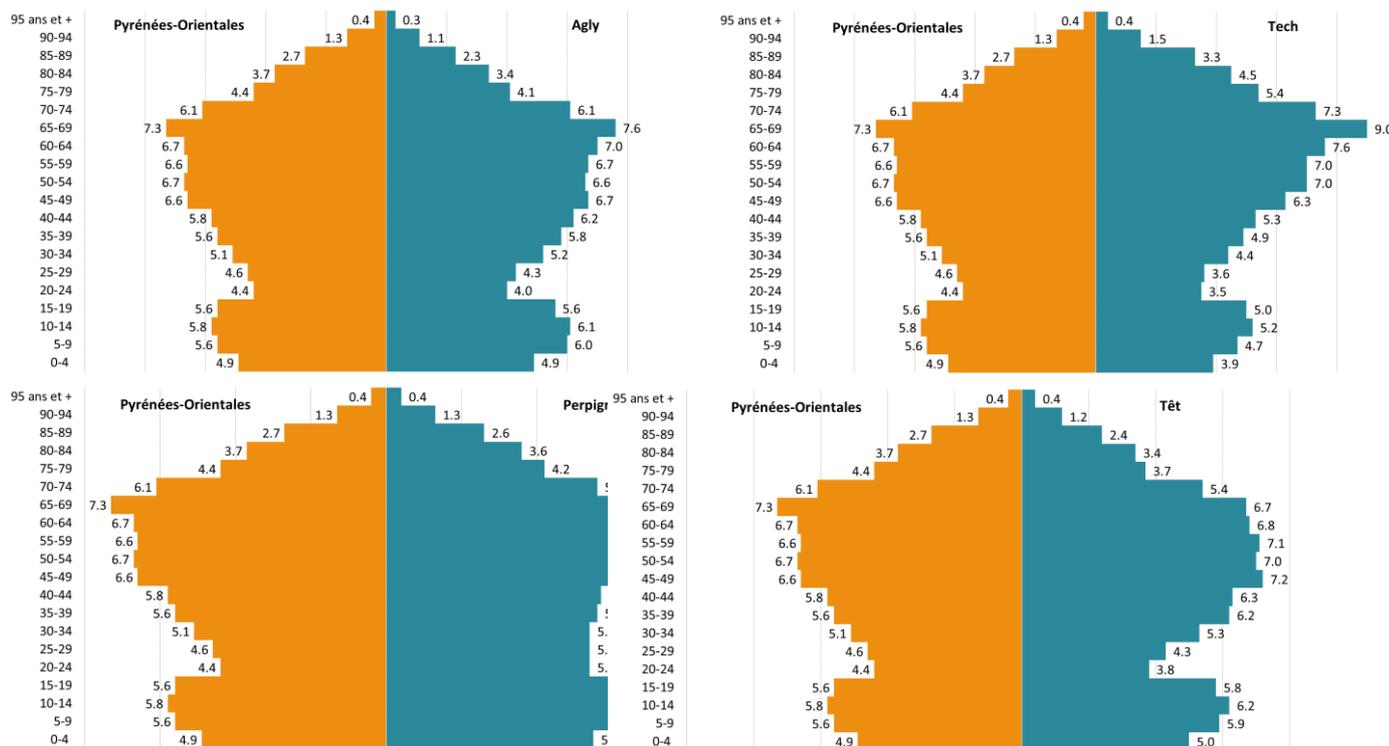
La forme de la pyramide des âges de chaque territoire d'action sociale du Département se distingue du profil de la population départementale. Dans le territoire du Tech, la part des personnes âgées de 55 ans et plus est significativement plus élevée que celle observée au niveau départemental (46 % vs 39 %). À l'opposé, elle est inférieure dans le territoire de Perpignan (36 %). Ce territoire se distingue également du profil départemental par une part des jeunes âgés de moins de 25 ans supérieure (29 % contre 26 %).



CONSTATS-ENJEUX

Malgré une population vieillissante sur le département, elle est aussi constituée d'une population jeune, étudiante. A Font-Romeu (par la présence de l'UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives allant de la Licence 1 jusqu'au Master 2), la jeune patientèle étudiante consulte tardivement et certains, en raison du caractère sportif de leur activité, se blessent et sont envoyés au service de traumatologie géré par la MSPP. Les jeunes suivis en protection de l'enfance ayant participé à un groupe de parole dédié à l'accès à la santé (organisé en juin 2021 par le Département) ont déclaré avoir davantage confiance à un ami, un pair ou un éducateur pour aller vers eux s'ils ne sentent pas vraiment bien qu'aux médecins spécialistes et parfois aux médecins généralistes. Concernant les psychologues, la confiance des jeunes envers eux est partagée entre « avoir confiance » et « ne pas en avoir ».

Figure 2 : Pyramide des âges (en %) 2018 : Pyrénées-Orientales et chaque territoire d'action du Département



Source : Insee RP 2018- Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

La pyramide des âges est construite en faisant figurer le poids des habitants, tranche d'âge par tranche d'âge, dans la population totale.

3.1.4 Indice de vieillissement

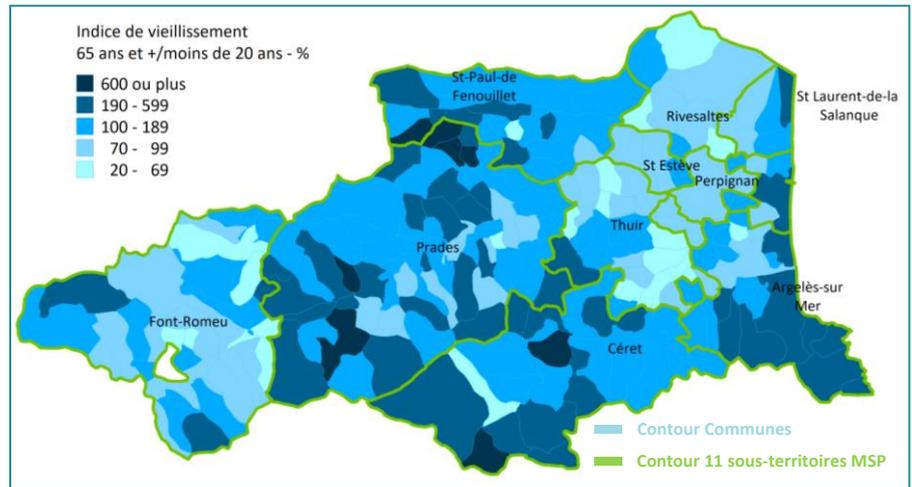
o **Des territoires plus marqués que d'autres par un vieillissement de leur population**

Avec 118 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, le département des Pyrénées-Orientales a une population plus âgée que la région (99) ou la France métropolitaine (83).

Des disparités au sein des territoires sont observées : l'indice de vieillissement n'est que de 101 pour le territoire de la Têt et atteint 167 pour le territoire du Tech.

En 2018, l'indice de vieillissement pour le département des Pyrénées-Orientales a augmenté de 14 points par rapport à celui observé en 2013. Il a augmenté fortement dans les territoires du Tech et de l'Agly.

Carte 4 : Indice de vieillissement en 2018



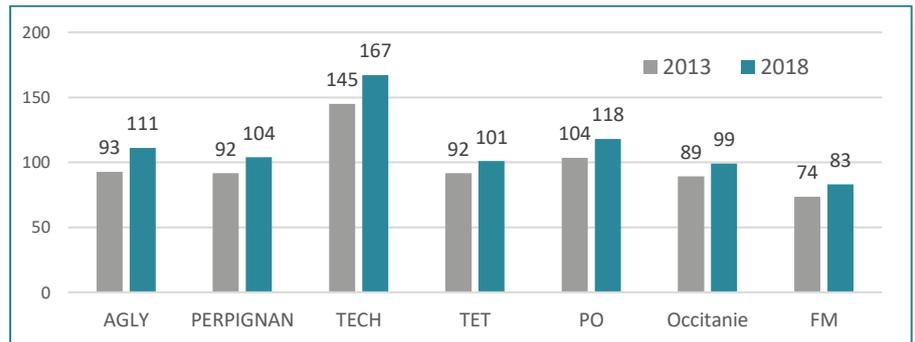
Source : Insee RP 2018- Exploitation : CREA-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

Les Pyrénées-Orientales forment un département avec une population vieillissante, mais avec des disparités entre les territoires. Ceci nécessite une différenciation territoriale de l'offre en termes d'accès à la santé en faveur des personnes âgées de 65 ans et plus d'une part et des jeunes âgés de moins de 20 ans d'autre part.

Figure 3 : Indice de vieillissement en 2013 et en 2018



Source : Insee RP 2013 et 2018- Exploitation : CREA-ORS Occitanie

Tableau 3 : Indice de vieillissement au 1^{er} janvier 2018

	Agly	Perpignan	Tech	Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.
Nombre d'habitants de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans	111	104	167	101	118	99	83

Source : Insee RP 2018- Exploitation : CREA-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Si l'indice de vieillissement indique un ratio supérieur à 100, la population des 65 ans et plus est supérieure à celle des moins de 20 ans. Plus le ratio est élevé, plus le vieillissement est important.

3.1.5 Affections de longue durée

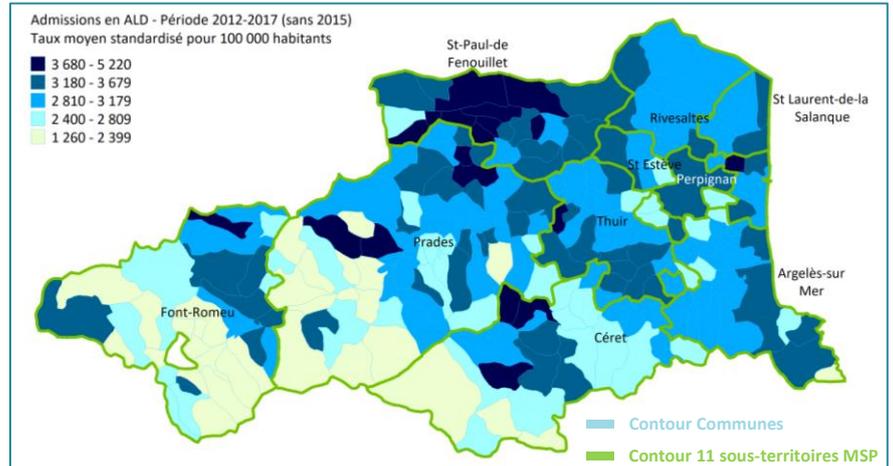
o **Un taux inférieur à ceux observés aux niveaux départemental ou régional**

Dans les Pyrénées-Orientales, entre 2012 et 2017, près de 15 440 personnes ont été admises en moyenne par an pour une prise en charge à 100 % de leurs soins par l'Assurance maladie pour une affection de longue durée (ALD). Parmi elles, 14 % l'ont été pour diabète de type I ou de type II, 11 % pour affections psychiatriques et 6 % pour maladies d'Alzheimer ou autres démences dégénératives.

Une fois prise en compte les effets de l'âge, le département des Pyrénées-Orientales se distingue par des taux moyen annuels de personnes admises en ALD pour diabète ou pour des affections psychiatriques supérieurs à ceux observés aux niveaux régional et national.

Concernant les admissions pour maladies d'Alzheimer ou autres démences dégénératives, le taux moyen départemental (156 pour 100 000 habitants) est inférieur à celui observé au niveau régional (159) et supérieur à celui au niveau national (150).

Carte 5 : Taux annuel moyen standardisé* de personnes admises en affection de longue durée – Période 2012-2017 (sans 2015) - Taux moyen pour 100 000 habitants



* taux moyen standardisé sur l'âge avec une population de référence utilisée, celle du recensement de 2018 pour la France métropolitaine
Sources : Cnamts -CCMSA-CNRSI admissions au 31 décembre, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

Une infirmière du territoire de l'Agly participant à la concertation a le sentiment d'une augmentation des personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer. Alors que c'était exceptionnel, il est désormais fréquent qu'elle travaille auprès de ce public plusieurs fois sur une même matinée.

Tableau 4 : Admissions en affections de longue durée (ALD) en 2012-2017 et taux standardisé *(TS) pour 100 000 habitants

	Agly	Perpignan	Tech	Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.
Nombre moyen annuel d'admissions	2 071	6 285	4 290	2 701	15 439	161 231	1 626 511
TS* Ensemble des admissions en ALD	3 175	3 153	3 005	2 906	3 084	2 805	2 743
TS* Admission en ALD diabète ¹	477	468	405	373	436	408	428
TS* ALD Alzheimer ²	141	157	159	152	156	159	150
TS* ALD Tbl. Psychiatriques ³ (%)	301	432	349	336	377	298	246

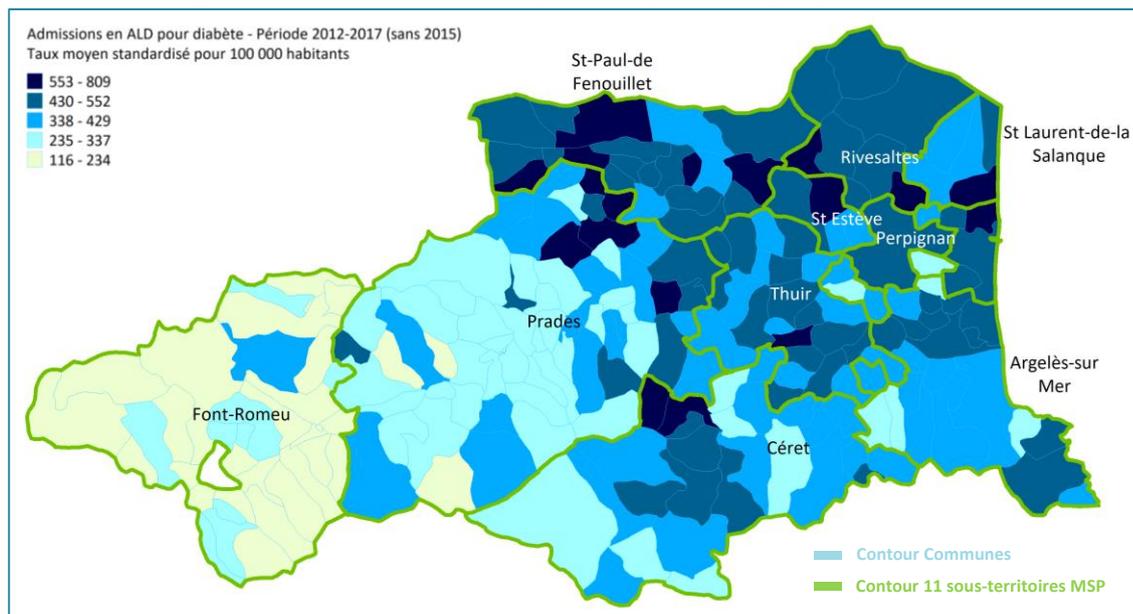
* taux standardisé sur l'âge avec une population de référence utilisée, celle du recensement de 2018 pour la France métropolitaine

¹ ALD 08 : diabète de type 1 et diabète de type 2 ; ² ALD 15 : maladie d'Alzheimer et autres démences ; ³ ALD 23 : affections psychiatriques de longue durée
Sources : Cnamts -CCMSA-CNRSI, admissions au 31 décembre - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

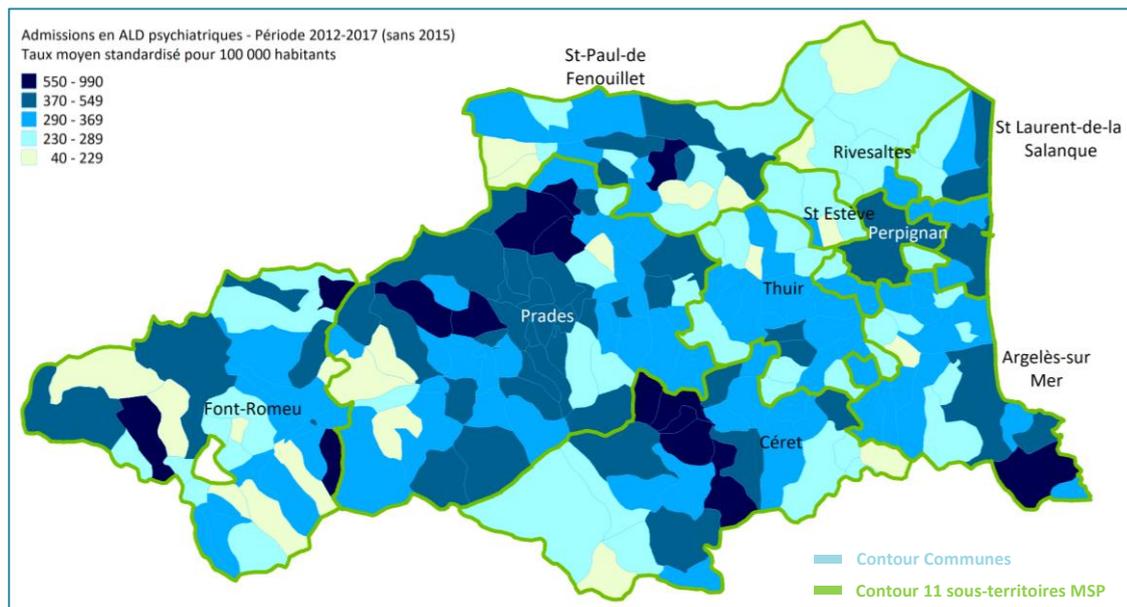
Les données sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes). Pour des raisons de données incomplètes pour les années 2018 et 2019 pour le département des Pyrénées-Orientales, (environ 14 % des ALD pour lesquelles la commune de domicile est non renseignée), les données présentées ci-dessus sont issues d'une période de cinq ans de 2012 à 2017 (une part des ALD non renseignées égale à 0,5 %) sans l'année 2015 (année indisponible). Le taux standardisé de personnes en affection de longue durée est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge que la population de référence, population France métropolitaine au recensement 2018.

Carte 6 : Taux moyen annuel standardisé* de personnes admises en affection de longue durée pour diabète de type I ou II – Période 2012-2017 (sans 2015) - Taux moyen pour 100 000 habitants



* taux standardisé* sur l'âge avec une population de référence utilisée, celle du recensement de 2018 pour la France métropolitaine
Sources : Cnamts -CCMSA-CNRSI admissions au 31 décembre, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 7 : Taux moyen annuel standardisé* de personnes admises en affections psychiatriques de longue durée – Période 2012-2017 (sans 2015) - Taux moyen pour 100 000 habitants



* taux standardisé* sur l'âge avec une population de référence utilisée, celle du recensement de 2018 pour la France métropolitaine
Sources : Cnamts -CCMSA-CNRSI admissions au 31 décembre, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

Les pathologies les plus citées par les professionnels interrogés sont celles qui sont prégnantes partout dans le département : hypertension, diabète, BPCO, insuffisance cardiaque. Les pathologies restent principalement liées au vieillissement de la population et aux comportements de santé. Le diabète est particulièrement prégnant dans la région. Un des professionnels interrogés a évoqué que « si la précarité à elle seule n'est pas explicative du phénomène, elle provoque des conséquences délétères pour la santé : mauvaise qualité de l'alimentation, fréquence des addictions, retard dans les prises en charge... »

3.2 Démographie médicale

3.2.1 Médecins généralistes libéraux

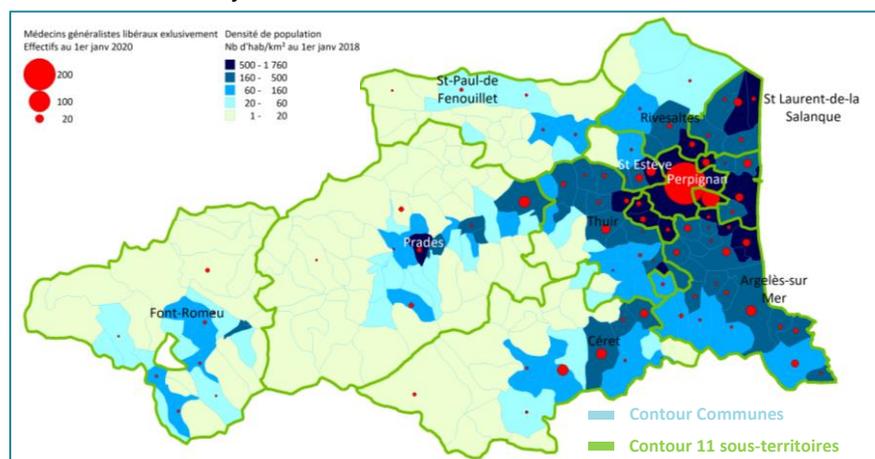
○ De fortes disparités du nombre de médecins généralistes entre territoire

Au 1^{er} janvier 2020, 565 médecins généralistes (hors remplaçants) exerçaient en libéral ou mixte (libéral et salarié) dans les Pyrénées-Orientales soit 119 généralistes pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celle notée en région ou en métropole.

Le nombre et la densité en médecins généralistes est très variable d'un territoire à l'autre. Rapporté au nombre d'habitants il y a deux fois plus de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte dans le Perpignanais que dans l'Agly.

Dans le département des Pyrénées-Orientales, quatre médecins généralistes en exercice libéral exclusivement sur dix sont âgés de 55 ans ou plus. Cette proportion est inférieure à celle observée en région (54 %) ou en métropole (52 %). C'est dans le territoire de la MSP de Perpignan que cette part est la plus faible (34 %) et dans celui de la MSP du Tech qu'elle est la plus élevée (54 %).

Carte 8 : Nombre de médecins généralistes en exercice libéral exclusivement au 1^{er} janvier 2020



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

L'ensemble des participants aux concertations alertent sur le manque de médecins généralistes déjà effectif ou à prévoir avec les départs à la retraite non remplacés ou par des confrères restreignant leur nombre de patients.

Tableau 5 : Nombre et densité de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte au 1^{er} janvier 2020*

		Agly	Perpignan	Tech	Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.	
Nombre	Libéral exclusivement	47	272	145	80	527	5 330	49 944	
	Mixte	3	25	3	15	38	498	5 999	
	Salariés	3	169	21	24	169	2 212	25 322	
Âgés de 55 ans et +	Libéral exclusivement	Effectifs	22	156	91	42	297	4 358	42 583
	Part (%)	41,5 %	33,5 %	53,8 %	35,3 %	40,5 %	54,2 %	52,4 %	
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	72	138	120	86	111	91	77	
	Libéral ou mixte	76	151	123	102	119	99	86	

*hors médecins remplaçants | Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Le répertoire permanent des professionnels de santé (RPPS) permet d'avoir le dénombrement des professionnels de santé inscrits au tableau de l'Ordre et « actifs » c'est-à-dire enregistrés dans le répertoire comme étant en exercice et avec au moins une activité en cours en France. Un professionnel de santé est considéré comme libéral s'il exerce l'ensemble de ces cinq activités en tant que libéral exclusivement. Les professionnels à l'exercice mixte sont ceux qui cumulent une ou plusieurs activités libérales à une ou plusieurs activités salariées. Les professionnels de santé dénombrés par territoire sont ceux ayant au moins une activité sur ces territoires. Si un professionnel a deux activités sur un même territoire, il n'est compté qu'une seule fois. En revanche, s'il a deux activités sur deux territoires différents, il est compté une fois dans chaque. De ce fait, il est possible que la somme des territoires ne soit pas égale à la valeur départementale. Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas comptabilisés dans les données présentées.



CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels interrogés ont précisé plusieurs enjeux dus au nombre insuffisant de médecins généralistes autour de l'accès aux soins de la population et sur l'organisation du soin au sein des territoires et tout particulièrement sur :

- le maintien à domicile des personnes âgées de plus en plus difficile à mettre en place et à maintenir. Des plans d'aide dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont de plus en plus complexes à organiser. Les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux à assurer des visites à domicile ;
- les dispositifs existants en difficultés sur des territoires pour lesquels des départs à la retraite de médecins généralistes installés en zones rurales sont non remplacés. En EHPAD par exemple, leur fonctionnement devient difficile dès qu'ils n'ont plus de médecins généralistes à proximité ;
- l'évolution du métier de médecin. Les jeunes générations souhaitent concilier vie professionnelle et vie personnelle. Ils ne souhaitent pas prendre en charge un nombre aussi important de patients que leurs aînés. Ces derniers peuvent avoir jusqu'à 1 700 patients référencés. Les départs à la retraite de médecins des générations précédentes provoquent des besoins en soins de premiers recours. Il a été précisé par les professionnels de santé interrogés qu'il est important aujourd'hui « de soigner différemment avec de nouveaux outils pour les territoires éloignés des villes » ;
- la nécessité du travail sous forme d'un regroupement en MSPP sur un même site et de façon coordonnée. Des médecins généralistes éparpillés dans des cabinets différents et confrontés à la diminution de leurs effectifs se sont regroupés pour construire ensemble un projet de santé autour de la création d'une MSPP. Selon les professionnels interrogés, cela permet une efficacité dans les soins qui n'existe pas si les médecins sont peu nombreux et travaillent chacun de leur côté.



POUR ALLER PLUS LOIN

Le contexte inédit de la crise épidémique a fait naître l'ambition d'en faire un « Ségur de la ville » après le « Ségur de la santé pour l'hôpital » il y a un an. À ce titre, un accord a été signé en juillet 2021 entre l'Assurance-maladie et les médecins libéraux sur un ensemble de revalorisations tarifaires et d'incitations financières dont les visites à domicile effectuées chez les personnes âgées en affection longue durée. Celles-ci passent de 35 à 70 euros pour les médecins libéraux selon un « Ségur de la ville » signé en juillet 2021.

Source : Camille STROMBONI Le Monde du 30 juillet 2021,

« Accord entre l'Assurance-maladie et les médecins libéraux sur des revalorisations tarifaires »



POUR ALLER PLUS LOIN

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé supprime le numerus clausus à compter de la rentrée universitaire 2020. « Ma Santé 2022 », une transformation en profondeur de notre système de santé, propose de repenser les études de santé et les cursus de premiers cycles pour favoriser des passerelles entre les cursus et des enseignements communs :

- > Dès 2019, le concours d'accès aux IFSI a été supprimé et l'admission est faite désormais via Parcoursup ;
- > En 2020, le numerus clausus a été supprimé. Le recrutement des étudiants va se faire de façon progressive au cours du premier cycle et à partir de cursus diversifiés. Selon les nouvelles modalités, les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités sur avis conforme des agences régionales de santé ;
- > Pour les étudiants en médecine, le cursus de formation du deuxième cycle est réformé afin de mieux tenir compte des compétences et aptitudes des étudiants et de leur projet professionnel.

« Ma Santé 2022 » comprend aussi des accords entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients en ville et créer des assistants médicaux qui libéreront du temps aux médecins pour accueillir plus de patients.

Cinq actions opérationnelles pour améliorer l'accès aux soins :

- > Action 1 : recrutement de médecins généralistes salariés : au moins 400 dès 2019 pour les territoires qui en manquent
- > Action 2 : organisation des professionnels de santé : financement des projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour une meilleure coordination et pour répondre aux besoins de la population. Objectif : 1 000 CPTS d'ici à 2022
- > Action 3 : regroupement des professionnels de santé exerçant en ville (MSPP ou centres de santé médicaux ou polyvalents)
- > Action 4 : stages étudiants en ville dans les territoires fragiles (plus de 10 700 médecins agréés maîtres de stage universitaires)
- > Action 5 : télémédecine pour abolir les distances

Source : Ministère des Solidarités et de la santé, Adoption du projet de loi Ma Santé 2022 par le Parlement

lien : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022.pdf

3.2.2 Professionnels libéraux des autres spécialités médicales

○ Un accès à certaines des principales spécialités médicales qui peut être limité

Si on s'intéresse aux spécialités médicales pour lesquelles l'accès direct est possible sans passer par le médecin traitant et aux autres professions médicales, on observe que les densités de ces professionnels exerçant en libéral exclusivement sont variables : inférieures à la valeur nationale et régionale pour les pédiatres, les sage-femmes et les psychiatres et supérieures pour les gynécologues-obstétriciens, les ophtalmologues et les pharmaciens. La densité en chirurgiens-dentistes est supérieure à la valeur nationale, mais inférieure à la valeur régionale. L'analyse par territoire met en relief des disparités importantes.



CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels interrogés ont précisé que si un neurologue, un diabétologue ou un rhumatologue qui part à la retraite n'est pas systématiquement remplacé, un spécialiste disparaît en ville et la tension se reporte sur l'hôpital. Un point spécifique a été également soulevé concernant le manque important de pédopsychiatres. C'est un problème ancien. Malgré les partenariats mis en place avec l'hôpital de Thuir, les pédopsychiatres ne restent pas longtemps (départ à la retraite ou arrêts maladie). Toutefois, cette problématique est commune à tout le département et, plus largement, à la France entière, en lien avec une insuffisance de formation au niveau national.

De plus, il a été également souligné par les professionnels interrogés le manque de liens entre professionnels de santé. En effet, au-delà de la faiblesse du nombre, c'est aussi la faiblesse de la connaissance entre eux qui ne permet pas toujours un aiguillage pertinent des patients et un parcours de soin fluidifié. L'adage « se connaître pour se reconnaître » semble donc être au cœur des préoccupations des professionnels interrogés. Lorsque les personnes se connaissent, elles reconnaissent les contraintes réciproques de leurs métiers et peuvent ainsi faciliter le travail conjoint et trouver des solutions ensemble.

Tableau 6 : Nombre de médecins spécialistes exerçant exclusivement en libéral (hors médecins remplaçants) au 1^{er} janvier 2020 et densité pour 100 000 habitants

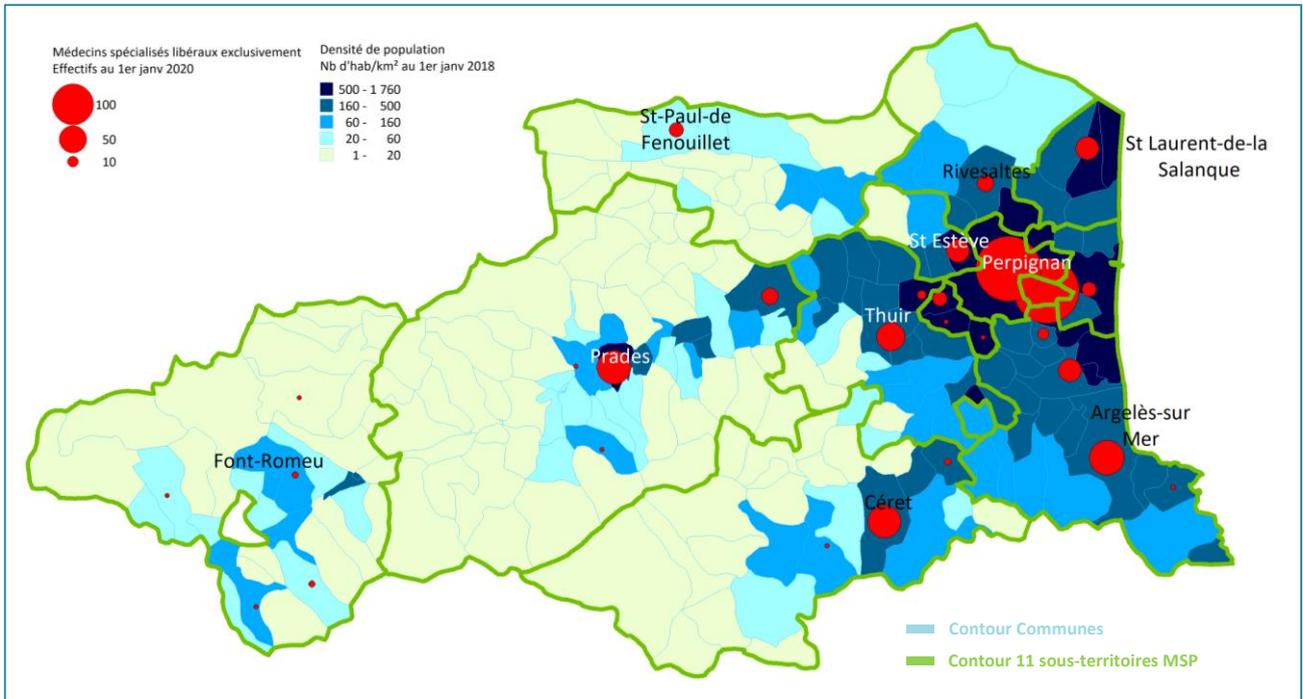
		Agly	Perpignan	Tech	Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.
Gynécologues et Obstétriciens*	Nombre	3	29	2	0	32	324	2 967
	Densité	23,6	71,3	9,9	0,0	34,8	26,5	21,2
Ophtalmologues	Nombre	4	21	8	9	42	365	3 305
	Densité	6,1	10,7	6,6	9,7	8,8	6,2	5,1
Pédiatres**	Nombre	0	8	1	0	9	187	1 723
	Densité	0,0	20,7	5,2	0,0	10,1	16,7	13,1
Sage-femmes*	Nombre	0	10	6	6	21	473	4 335
	Densité	0,0	24,6	29,6	32,8	22,8	38,8	31,0
Chirurgiens-dentistes	Nombre	30	159	80	35	301	3 767	33 006
	Densité	45,8	80,7	66,4	37,6	63,2	64,0	50,9
Psychiatres ¹	Nombre	1	26	5	1	28	435	4 331
	Densité	1,5	13,2	4,1	1,1	5,9	7,4	6,7
Pharmaciens	Nombre	31	116	76	37	260	3 066	28 637
	Densité	47,3	58,9	63,0	39,7	54,6	52,1	44,2

* pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ; ** pour 100 000 enfants âgés de 0 à 16 ans 1 y compris les pédopsychiatres et les neuropsychiatres
Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

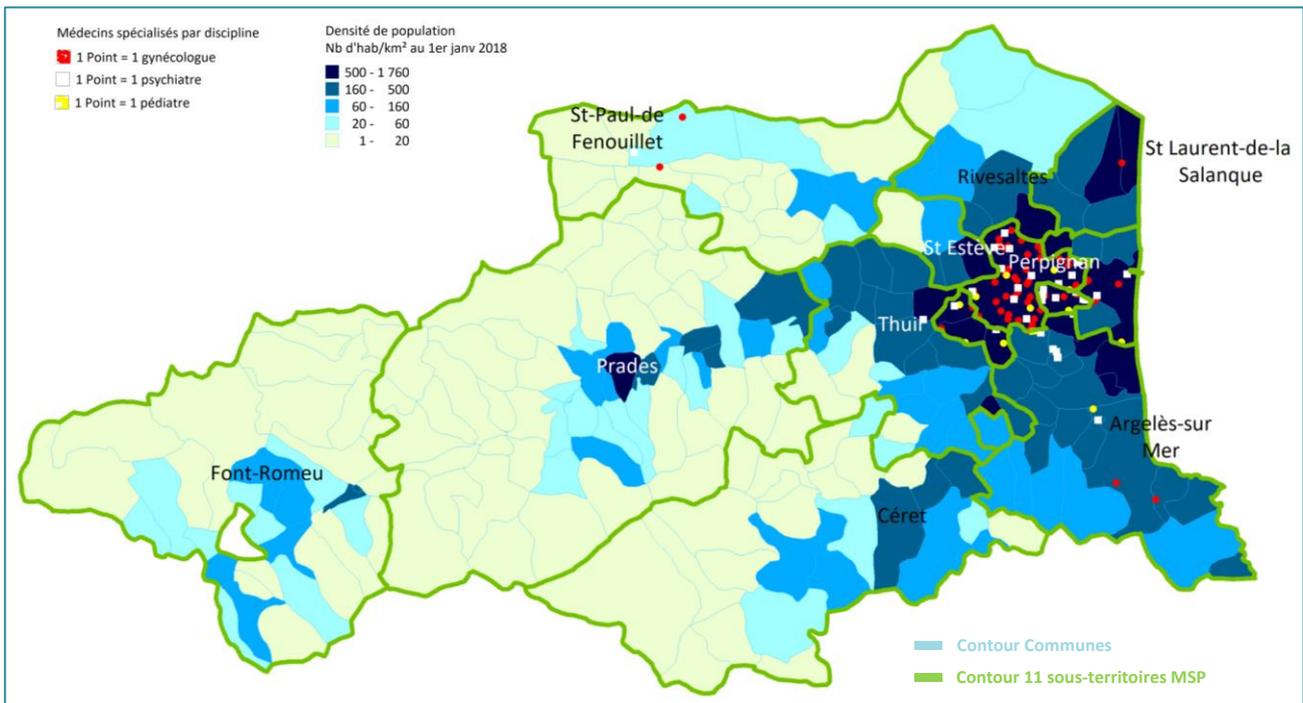
Le répertoire permanent des professionnels de santé (RPPS) permet d'avoir le dénombrement des professionnels de santé inscrits au tableau de l'Ordre et « actifs » c'est-à-dire enregistrés dans le répertoire comme étant en exercice et avec au moins une activité en cours en France. Un professionnel de santé est considéré comme libéral s'il exerce l'ensemble de ces cinq activités en tant que libéral exclusivement. Les professionnels à exercice mixte sont ceux qui cumule une ou plusieurs activités libérales à une ou plusieurs activités salariées. Les professionnels de santé dénombrés par territoire sont ceux ayant au moins une activité sur ces territoires. Si un professionnel a deux activités sur un même territoire, il n'est compté qu'une seule fois. En revanche, s'il a deux activités sur deux territoires différents, il est compté une fois dans chaque. De ce fait, il est possible que la somme des territoires ne soit pas égale à la valeur départementale. Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas comptabilisés dans les données présentées.

Carte 9 : Nombre total de médecins spécialistes en exercice libéral exclusivement (hors médecins remplaçants) au 1^{er} janvier 2020



Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 10 : Nombre de médecins spécialistes en exercice libéral exclusivement selon leur discipline (hors médecins remplaçants) au 1^{er} janvier 2020



Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.2.3 Professionnels paramédicaux et psychologues libéraux

o Un accès à certaines des principales spécialités paramédicales et aux psychologues qui peut être limité

Si on s'intéresse aux professions paramédicales et aux psychologues, on observe que les densités des professionnels exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) sont variables :

- inférieures à la valeur nationale et régionale pour les psychologues, orthophonistes et les psychomotriciens ;
- supérieures pour les infirmiers.

La densité en orthoptistes et ergothérapeutes est équivalente à la valeur nationale mais inférieure à la valeur régionale.

L'analyse par territoire met en relief des disparités importantes.



CONSTATS-ENJEUX

Le manque d'orthophonistes est souligné dans tous les territoires, excepté à la MSPP de la Têt.

Il existe un frein financier important pour l'accès aux psychologues dont les soins ne sont pas remboursés.

Les professionnels interrogés ont précisé également le manque de psychomotriciens et d'ergothérapeutes avec des délais d'attentes importants.

Tableau 7 : Nombre d'autres professionnels de santé exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) au 1^{er} janvier 2020 selon leur discipline et densité pour 100 000 habitants

		Agly	Perpignan	Tech	Têt	Pyrénées-Orientales	Occitanie Pyr. Méditerranée	France métrop.
Infirmiers ¹	Nombre	278	945	598	411	2 073	18471	124530
	Densité	424	480	496	441	435	314	192
Orthophonistes	Nombre	22	65	45	27	154	2412	21108
	Densité	34	33	37	29	32	41	33
Psychologues	Nombre	8	109	28	31	145	3073	25524
	Densité	12	55	23	33	30	52	39
Orthoptistes	Nombre	2	22	6	4	26	512	3135
	Densité	3	11	5	4	5	9	5
Ergothérapeutes	Nombre	2	8	5	2	13	210	1926
	Densité	3	4	4	2	3	4	3
Psychomotriciens	Nombre	5	12	5	6	19	523	3596
	Densité	8	6	4	6	4	9	6

¹ y compris les infirmiers spécialisés de secteur psychiatrique

Sources : DREES – Adeli 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Adeli est un répertoire national qui recense les professionnels de santé réglementés, qu'ils exercent en libéral ou salarial. Les professionnels concernés par l'inscription Adeli sont :

→ Les auxiliaires médicaux (assistant dentaire, audioprothésiste, diététicien, épithésiste, ergothérapeute, infirmier, infirmier psychiatrique, manipulateur ERM, oculariste, opticien lunetier, orthopédiste, orthésiste, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, podo-orthésiste, psychomotricien, technicien de laboratoire) ;

→ Les psychologues ;

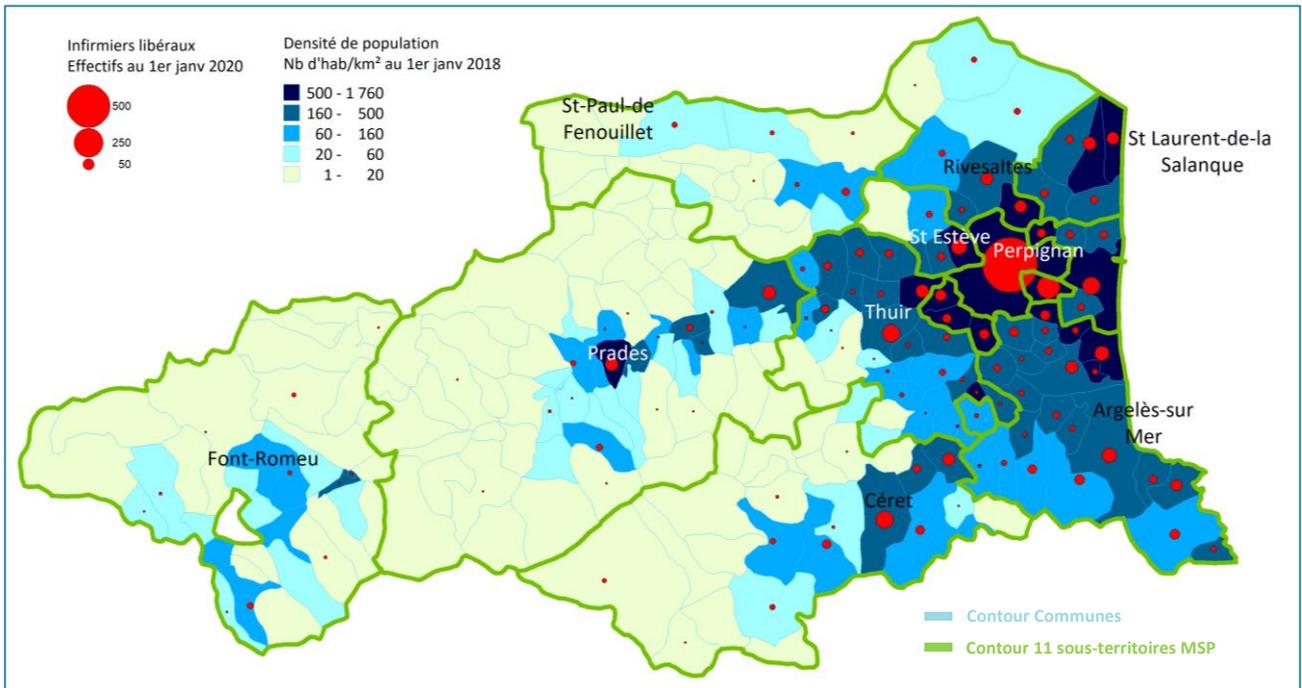
→ Les assistants de service social ;

→ Les ostéopathes, chiropracteurs, psychothérapeutes.

À partir du 8 octobre 2021, les infirmiers ne seront plus enregistrés dans le répertoire Adeli mais dans le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé).

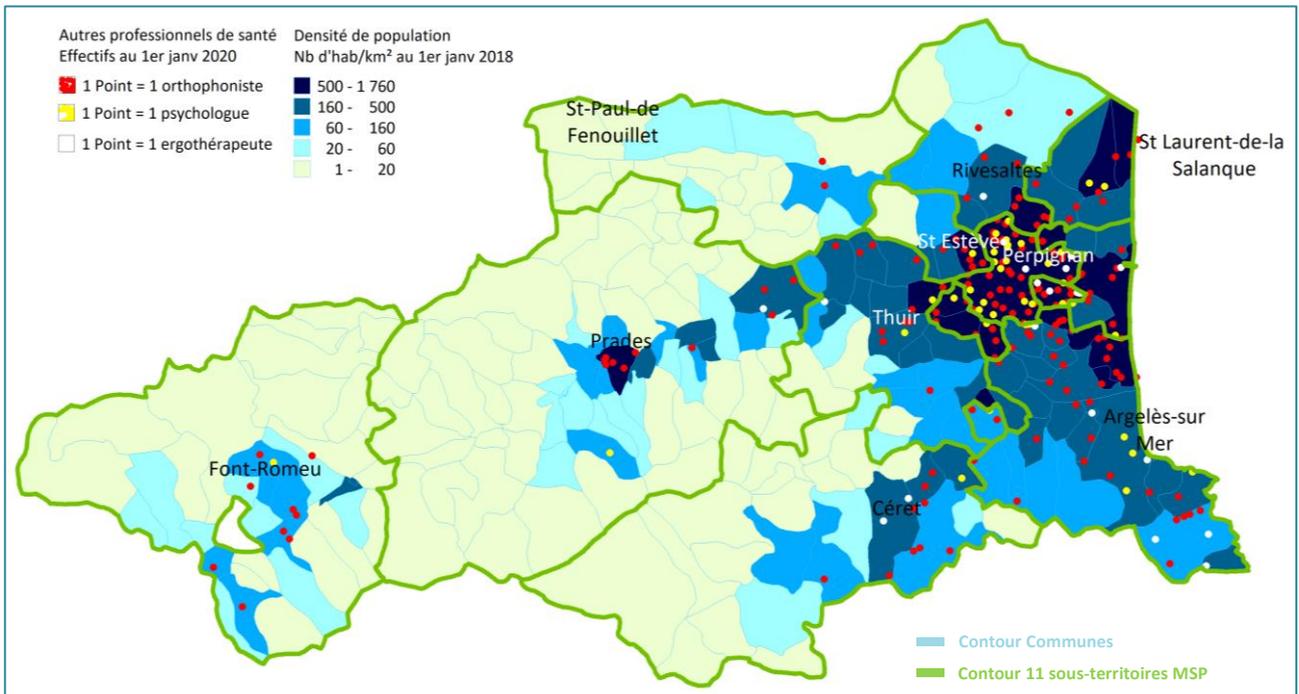
Les professionnels de santé dénombrés par territoire sont ceux ayant au moins une activité sur ces territoires. Si un professionnel a deux activités sur un même territoire, il n'est compté qu'une seule fois. En revanche, s'il a deux activités sur deux territoires différents, il est compté une fois dans chaque. De ce fait, il est possible que la somme des territoires ne soit pas égale à la valeur départementale. Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas comptabilisés dans les données présentées.

Carte 11 : Nombre d'infirmiers en exercice libéral (exclusivement ou mixte) (hors remplaçants) au 1^{er} janvier 2020



Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 12 : Nombre d'autres professionnels de santé en exercice libéral (exclusivement ou mixte) (hors remplaçants) au 1^{er} janvier 2020



Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

Les médecins généralistes étant largement sollicités, de nouvelles divisions du soin sont pensées et mises en place. Plusieurs exemples de dispositifs ont été cités par les professionnels interrogés qui pourraient faire l'objet d'une palette de réponses :

- le dispositif « ASALEE » qui permet à des médecins de recourir à des infirmières salariées ou libérales pour les soutenir dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Les patients bénéficient alors de séances d'éducation thérapeutique menées par des infirmières ce qui permet de soulager les médecins et d'offrir au patient une prise en charge de qualité ;
- le statut d'« infirmier-ère en pratique avancée » (IPA) qui permet de soulager une part du travail du médecin tout en garantissant la qualité des soins aux patients ;
- des « infirmières de consultation » qui pourront suppléer au manque de médecins généralistes ;
- des kinésithérapeutes qui pourront prodiguer des soins non programmés ;
- des pharmaciens qui pourront effectuer des bilans médicaux, de l'éducation thérapeutique, des vaccinations ;
- le développement des auxiliaires médicaux qui permet de préserver les médecins généralistes et d'assurer la relève sur des territoires qui en seraient dépourvus lors de leur départ à la retraite.

Selon les professionnels interrogés, les infirmiers-ères « ASALEE » ou formés-ées aux « pratiques avancées » (IPA) aident les médecins et peuvent les soulager de certains aspects de leur travail mais ils ne peuvent pas les remplacer. En outre, ils ne peuvent pas exercer seuls-es mais sous la direction d'un médecin. Ils s'occupent d'ailleurs de la prise en charge des maladies chroniques mais pas des maladies aiguës. De façon générale, les IDE « ASALEE » ou « IPA » permettent de fluidifier le parcours de santé et de l'améliorer en proposant des temps nouveaux, non pratiqués par les médecins qui disposent d'un temps limité.

Au sein de MSPP, des infirmiers-ères formés-ées aux pratiques avancées commencent à exercer. Par exemple, à Cabestany, ceci permet de renouveler des ordonnances et de faire des visites à domicile pour pouvoir transmettre ensuite aux médecins de premiers éléments médicaux. Il a été précisé par les professionnels interrogés la nécessité de faire attention sur le risque de glissement de responsabilité définitif des médecins vers les infirmiers-ères.



POUR ALLER PLUS LOIN

« La première orientation de Ma Santé 2022, c'est de construire le système autour du patient, et d'abord, tout simplement, de lui permettre d'avoir accès aux soins dont il a besoin. (...) Et à ce titre, la priorité absolue, c'est de regagner du temps médical et soignant, disponible pour nos concitoyens ».

Emmanuel Macron, 18 septembre 2018 Discours du Président de la République sur la transformation du système de santé.

Ma Santé 2022 comprend des accords entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients en ville et créer des assistants médicaux qui libéreront du temps des médecins pour accueillir plus de patients. Une des priorités est de redonner du temps aux médecins pour soigner en allant plus loin sur les coopérations, en donnant aux pharmaciens la possibilité de délivrer certains médicaments à prescription médicale obligatoire, et aux infirmiers la possibilité d'adapter la posologie de certains médicaments. Objectif : 5000 postes créés à horizon 2022 avec deux solutions proposées :

1. S'appuyer davantage sur d'autres professionnels de santé. Une nouvelle fonction a été créée : celle d'infirmier en pratique avancée, qui dispose d'une formation « bac + 5 » et de compétences plus étendues que celles des infirmiers classiques, par exemple en matière de prescription de certains médicaments. La formation à la pratique avancée a été élargie à la santé mentale et à l'activité d'urgence. Autre profession concernée : les pharmaciens, très bien répartis sur le territoire*, ont également un rôle important à jouer (vaccination par exemple). La création de « Pharmaciens correspondants » permettra le renouvellement en pharmacie de certaines ordonnances ainsi que l'adaptation de posologies prescrites pour des maladies chroniques. Avec pour résultat, plus de facilité et de réactivité dans le suivi des patients.
2. Créer de nouvelles fonctions en appui aux médecins pour libérer leur temps. À partir de 2019, les médecins peuvent s'appuyer sur des assistants médicaux (dont le salaire sera partiellement pris en charge par l'assurance maladie) dans leurs tâches quotidiennes : mise à jour du dossier médical, accueil du patient, prise du poids et de la tension, réalisation de certains examens simples, prise de rendez-vous chez un spécialiste... Cela leur permet d'optimiser leur temps de consultation et donc de prendre en charge davantage de patients dans de meilleures conditions.

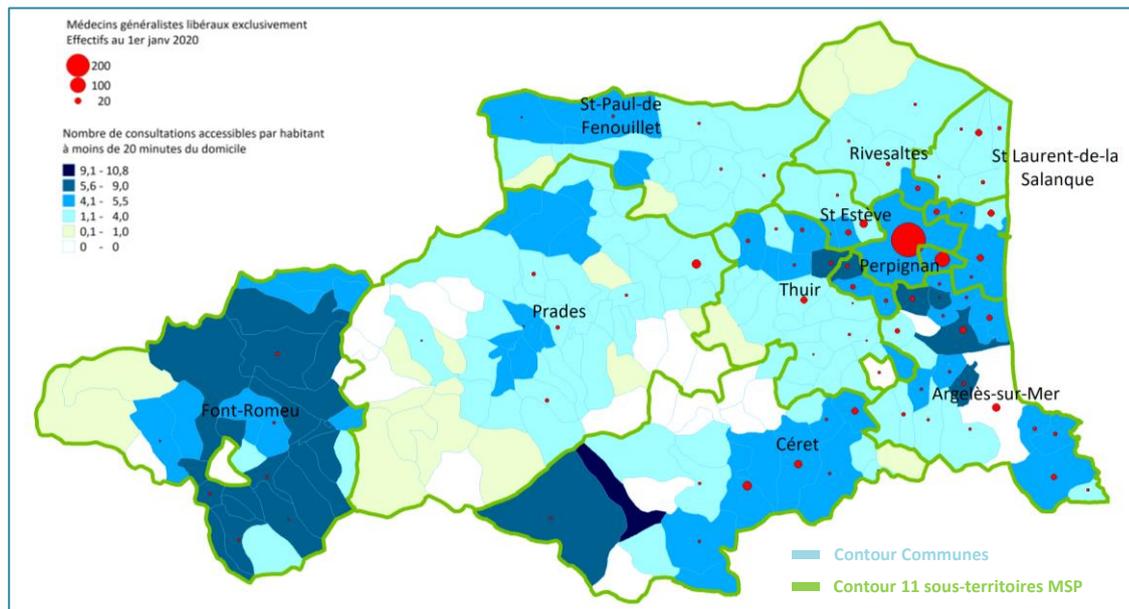
*97% des Français vivent à moins de 10 minutes d'une pharmacie

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé Ma Santé 2022 – Redonner du temps aux médecins pour soigner, le 12/09/2019

3.2.4 Accessibilité potentielle localisée (APL) par commune et par professionnel de santé

Compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants des Pyrénées-Orientales ont accès en moyenne, en 2019, à 3,3 consultations ou visites de médecine à moins de 20 minutes de leur domicile. Cette accessibilité est supérieure à la moyenne régionale (3,2) et inférieure à la moyenne nationale (hors Mayotte) (3,9). Dans les territoires, elle varie de 3,0 consultations par habitant dans le territoire MSP Agly à 4,4 dans le territoire MSP Perpignan.

Carte 13 : APL aux médecins généralistes libéraux ou salariés dans un centre de santé en 2019



Sources : SNIIRAM-CNAM 2019, INSEE RP 2017, INSEE distancier METRIC 2020, DREES - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un indicateur local de répartition des professionnels de santé. Il est calculé au niveau de la commune, il indique, pour une profession donnée, le volume de soins accessible pour les habitants de cette commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans celles environnantes.

- Pour les médecins généralistes, l'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par habitant à moins de 20 minutes du domicile. Il tient compte des médecins généralistes présents sur le territoire : leur âge est également pris en compte dans le calcul de l'APL afin d'anticiper les futurs départs en retraite, par exemple ;
- Pour les autres professions, l'unité utilisée est l'équivalent temps-plein (ETP) : 1 ETP correspondant au niveau d'activité médian de la profession considérée. 100 ETP correspondent donc à l'offre de soins que peuvent fournir 100 professionnels avec une activité médiane.

Le Territoire de vie-santé (TVS) est la maille d'action en matière de lutte contre les difficultés d'accès géographique aux médecins. Il s'agit d'une partition du territoire national regroupant localement des communes autour d'un pôle de services. Chaque région est constituée de territoires de vie-santé qui constituent la maille territoriale de référence du zonage. Ces territoires sont composés eux-mêmes d'un ensemble de communes.

Les zonages sous-dotés ou sur-dotés sont un outil de régulation démographique et géographique des professionnels de santé. L'objectif est notamment d'inciter à l'installation en zone sous-dotée, et, pour certaines professions (hors médecins), de restreindre l'installation en zones sur-dotées.

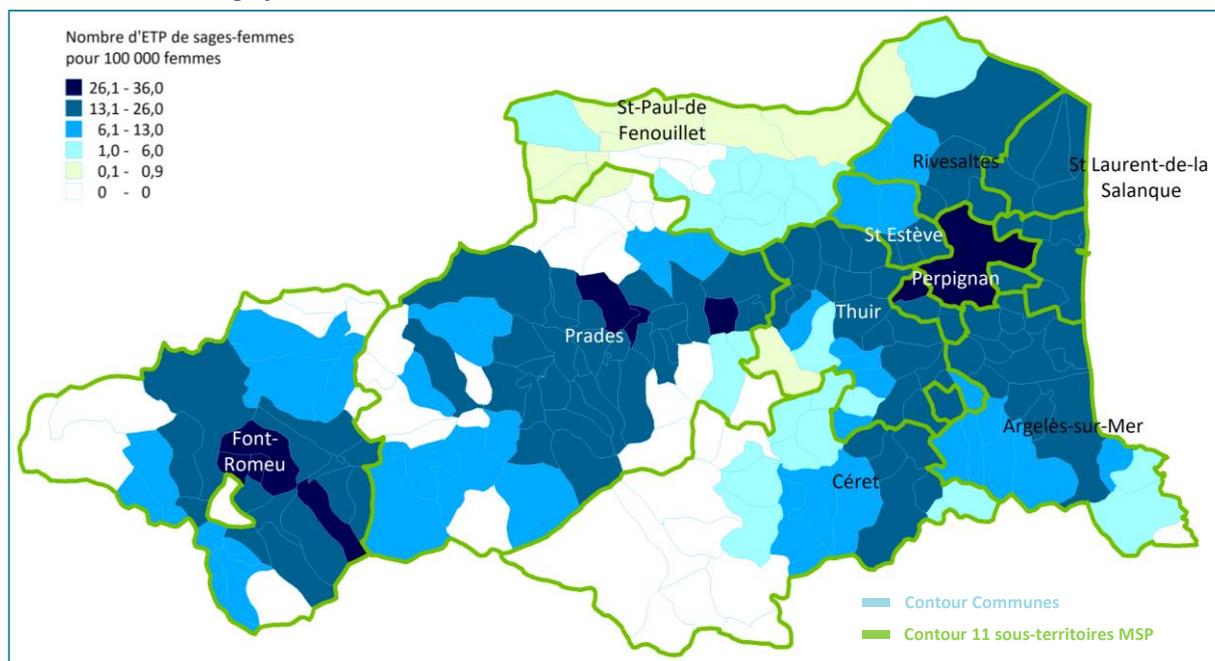
Pour la profession de médecins, la méthodologie est détaillée dans l'arrêté du 13 novembre 2017. Seules les zones d'intervention prioritaire (ZIP) sont éligibles aux aides conventionnelles de l'Assurance maladie. Les ZIP comme les zones d'action complémentaires (ZAC) sont éligibles aux aides de l'État prévues par la loi Pacte territoire santé de 2012. Les zones de vigilance et les zones hors vivier ne sont pas éligibles à ces deux types d'aide, mais peuvent néanmoins faire l'objet de mesures d'accompagnement par les ARS, via le Fonds d'intervention régional.

Ne sont restituées ici que les données du zonage médecins, piloté par le Ministère. D'autres outils de restitution existent, à destination des professionnels : Rézone médecins et Rézone masseurs-kinésithérapeutes, qui seront bientôt déclinés pour les infirmiers, les sage-femmes et les orthophonistes.

L'accessibilité aux sage-femmes s'élève en moyenne à 12,3 ETP pour 100 000 habitantes en 2019, accessibilité inférieure à la moyenne régionale (13,2) et à la moyenne nationale (hors Mayotte) (18,0). Dans les territoires, elle varie de 5,9 ETP pour 100 000 habitantes du territoire MSP Agly à 21,1 ETP dans le territoire MSP Perpignan.

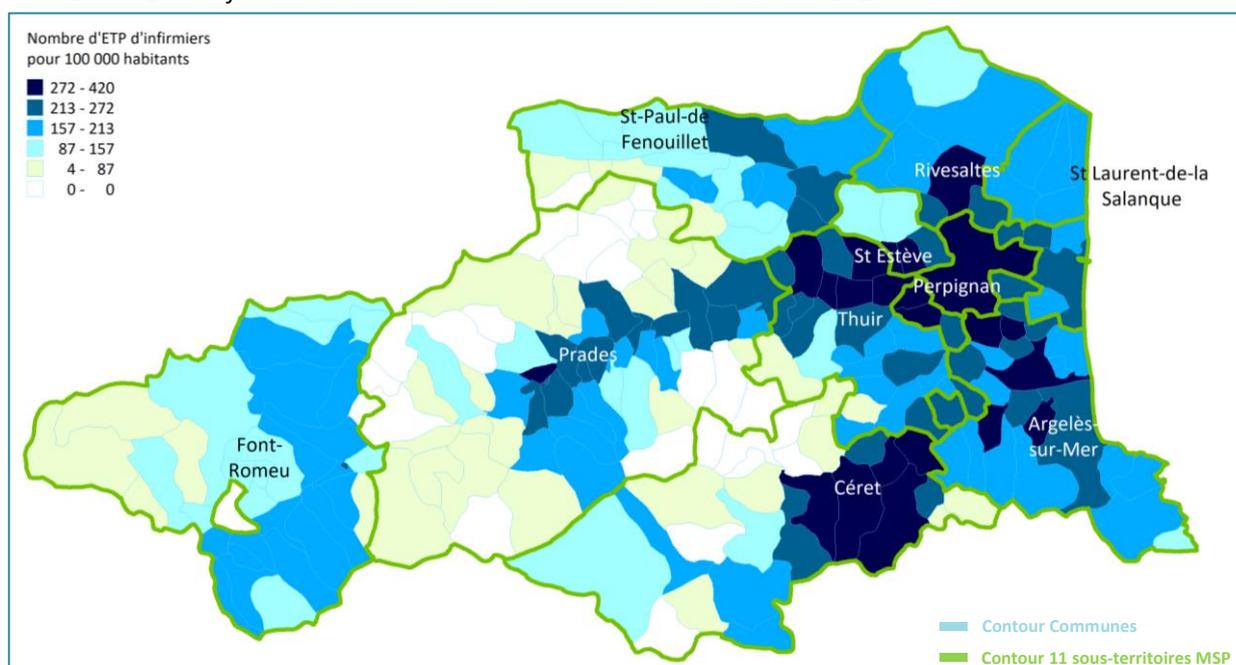
L'accessibilité aux infirmiers libéraux ou salariés dans un centre de santé s'élève en moyenne à 152,5 ETP pour 100 000 habitantes en 2019, accessibilité supérieure à la moyenne régionale (143,4) et à la moyenne nationale (hors Mayotte) (152,0). Dans les territoires, elle varie de 132,7 ETP pour 100 000 habitantes du territoire MSP Têt à 239,7 ETP dans le territoire MSP Perpignan.

Carte 14 : APL aux sage-femmes en activité libérale en 2019



Sources : SNIIRAM-CNAM 2019, INSEE RP 2017, INSEE distancier METRIC 2020, DREES - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

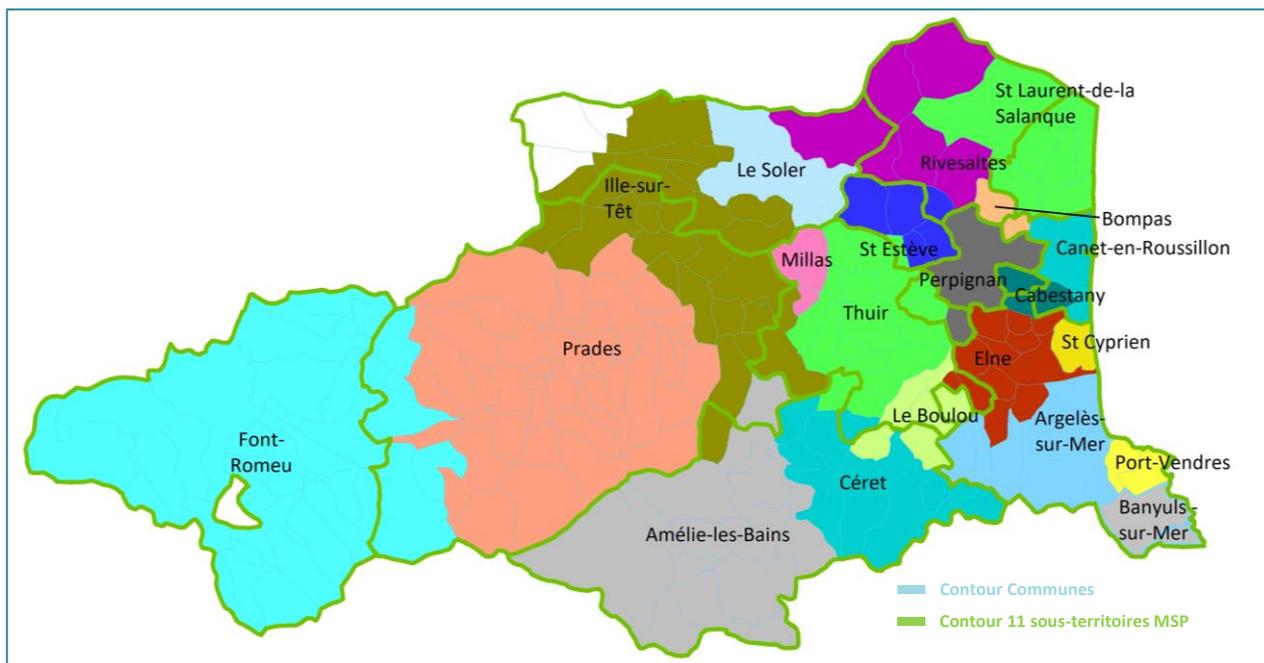
Carte 15 : APL aux infirmiers libéraux ou salariés dans un centre de santé en 2019



Sources : SNIIRAM-CNAM 2019, INSEE RP 2017, INSEE distancier METRIC 2020, DREES - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

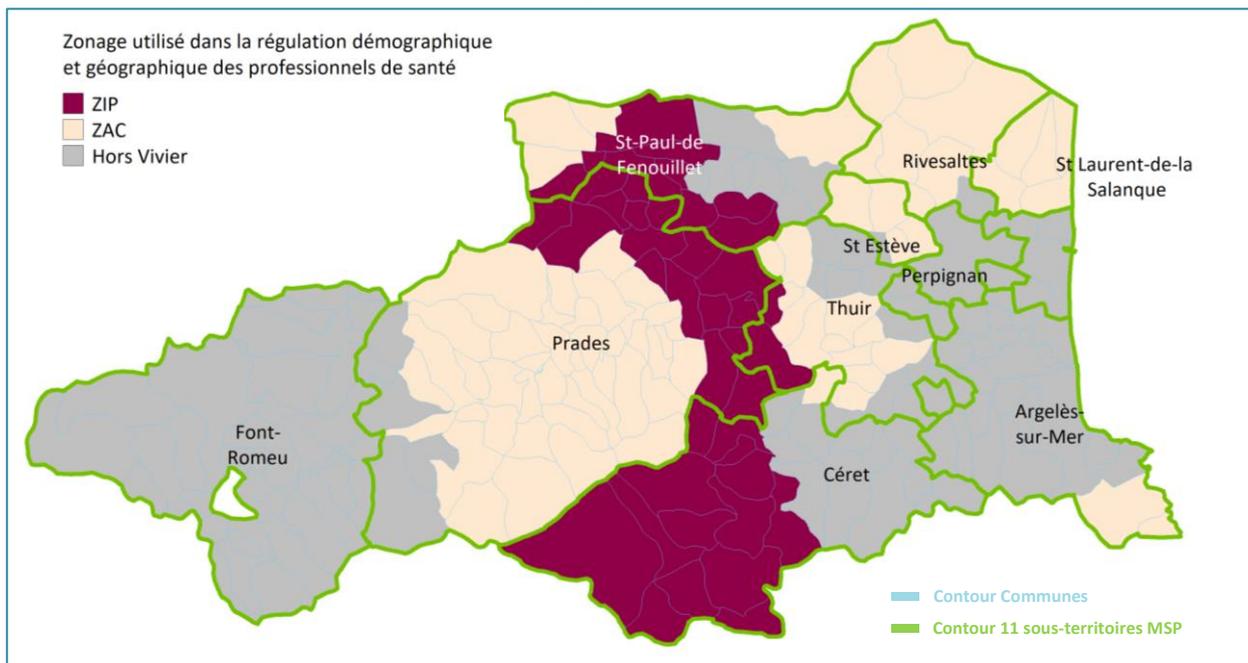
Les Pyrénées-Orientales se décompose en 21 territoires de vie santé qui constituent la maille territoriale de référence du zonage utilisé par l'Assurance maladie pour déterminer les territoires sous-dotés ou sur-dotés en médecins et éligibles ou pas aux aides financières de l'Assurance maladie et de l'État. Deux territoires de vie santé nommés « Ille-sur-Têt » et « Amélie-les-Bains » sont identifiés comme zones géographiques sous-dotées en médecin (Cf. carte 17). Ces deux zones d'intervention prioritaire bénéficient de l'ensemble des dispositifs (Assurance maladie, État et Collectivités territoriales). Les zones d'action complémentaire bénéficient uniquement des aides de l'État et de celles financées par les collectivités territoriales.

Carte 16 : Découpage du département des Pyrénées-Orientales selon les 21 Territoires de Vie Santé au 31 décembre 2020 qui sont constitués uniquement de communes du département



Sources : DREES, dataviz.drees Études et statistiques - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Carte 17 : Catégorisation des communes dans le zonage médecins au 31 décembre 2020



Sources : DREES, dataviz.drees Études et statistiques - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels du territoire du Têt ont indiqué qu'une des difficultés qu'ils rencontrent est le maintien des aides financières. Les dispositifs d'aide à l'installation ne sont pas pérennes pour les médecins en zones reculées : qualifié de « zone fragile », le territoire obtient des aides à l'installation qu'il perd dès que la démographie médicale se stabilise, ce qui provoque des départs et à nouveau le qualificatif de « zone fragile » du territoire qui nécessite une re-mobilisation des professionnels à rechercher des aides et des moyens pour attirer de nouveaux médecins...



POUR ALLER PLUS LOIN

« Toutes les politiques mises en œuvre doivent en tout état de cause composer avec le fait que l'attractivité médicale des territoires obéit principalement à des facteurs exogènes au système de santé : en premier lieu, l'environnement général et les conditions de travail. De fait, l'analyse de la littérature menée par l'IRDES montre que les incitations financières à l'installation ou au maintien (notamment avec des durées d'obligation de service en zones prioritaires) n'auraient qu'une influence modérée à court terme et faible à long terme. Les comparaisons internationales tendent ainsi à montrer le faible effet des stratégies reposant uniquement sur des incitations financières, quels que soient leur montant et leurs modalités. Elles soulignent en revanche l'importance de conjuguer différents types de mesures et leviers d'action. Les aides financières sont d'ailleurs mobilisées le plus souvent en complément d'autres leviers touchant par exemple à la formation initiale ou à l'optimisation du temps médical par un meilleur partage de tâches entre professionnels de santé. C'est toute la logique, en France, du plan pour un égal accès aux soins et de Ma Santé 2022. »
Extrait du rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, septembre 2019, p. 52.



POUR ALLER PLUS LOIN

En France une large palette de dispositifs incitatifs existe et repose sur un triple niveau d'intervention :

- les aides conventionnelles : financées par l'Assurance maladie pour les zones avec des difficultés les plus aigües (« zones d'intervention prioritaires », ZIP) (4 contrats possibles) ;
- les aides de l'Etat : financement en parallèle de l'Etat sur un périmètre géographique plus étendu (zones « d'action complémentaire », ZAC) ;
- les aides facultatives des collectivités territoriales :
 - des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous-denses (ZIP et ZAC) au sens du Code de la santé publique (loi) ;
 - « indemnité d'étude et de projet professionnel » (dite « bourse d'études ») à tout étudiant en médecine ou odontologie (au moins 5 ans).

Dans les faits, si les aides conventionnelles et les aides de l'État respectent parfaitement ce schéma, on observe qu'un certain nombre de collectivités territoriales s'affranchissent des contraintes de zonage dans l'attribution de leurs aides facultatives. Elles sont nombreuses à proposer ainsi des aides à l'installation dans des territoires qui ne constituent ni des ZIP ni des ZAC, ce qui peut brouiller les incitations adressées aux professionnels de santé, au détriment des territoires les plus fragiles. Il est vrai que le cadre législatif et réglementaire de ces aides facultatives locales semble aujourd'hui largement méconnu et que la définition par les ARS de leurs zonages médecins est rarement présentée et vécue comme une cartographie engageant l'ensemble des pouvoirs publics.

Il existe par ailleurs, parallèlement à ces aides à l'installation, des dispositifs d'exonérations sociales et fiscales pour les créateurs d'entreprises sur certains territoires, dont le principal est aujourd'hui celui des zones de revitalisation rurale (ZRR). Ces dispositifs ont pour objectif le développement économique et ne ciblent pas spécifiquement les professionnels de santé libéraux, même s'ils y sont le plus souvent éligibles. Le zonage de ces aides est établi en fonction de critères économiques et donc distinct de celui qu'établissent les ARS. En pratique, ces deux zonages ne se recoupent que partiellement :

- 2209 communes sont classées zones de revitalisation rurale sans constituer des zones sous-denses (12 % des ZRR) ;
- inversement, 11 000 communes sont classées en ZIP ou en ZAC sans ZRR (40 % des communes sous-denses).

Cela peut contribuer à brouiller les incitations adressées aux professionnels de santé, d'autant que les avantages fiscaux et sociaux attachés aux ZRR sont bien supérieurs dans leur durée (jusqu'à 8 ans) et, potentiellement, leur montant, aux aides à l'installation proposées aux médecins.

Source : Rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, septembre 2019, p. 52.

3.2.5 Maisons de santé pluriprofessionnelles

o 12 maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes

En 2021, 12 maisons de santé pluri professionnelles (MSPP) sont ouvertes dans les Pyrénées-Orientales. La plus ancienne, celle de Saint-Paul-de Fenouillet l'est depuis 2012. Les plus récentes, sont celles de Perpignan, Pia et Arles-sur Tech, ouvertes en 2021.

3 MSPP sont implantées dans le territoire MSP Agly, à Latour-de-France, Pia* et Saint-Paul-de-Fenouillet*. 4 le sont dans le territoire MSP Têt, à Font-Romeu*, Ille-sur-Têt, Les Angles et Prades*. Les 4 autres sont dans le territoire MSP Perpignan à Baho*, Perpignan* et à Cabestany (2 MSPP dont 1 multisites).

Dans le territoire du Tech, une première MSPP, portée par les deux communautés de communes du Haut-Vallespir et du Vallespir, a ouvert à Arles-sur-Tech en septembre 2021.

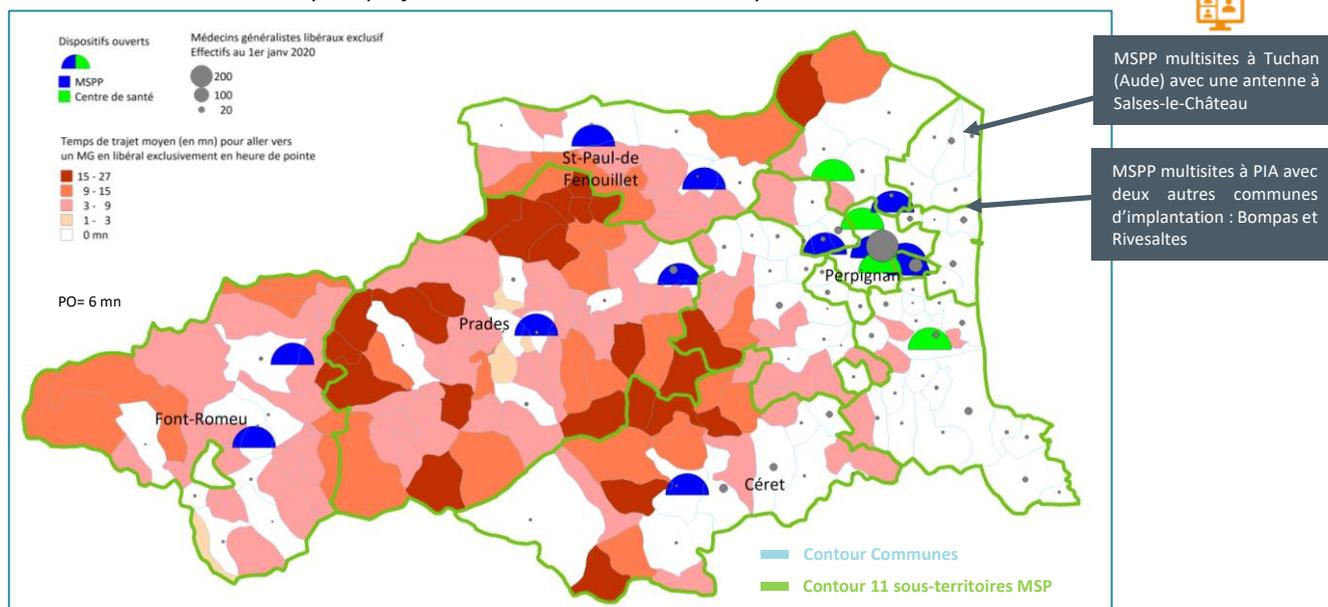
* MSPP multisites



CONSTATS-ENJEUX

L'ensemble des professionnels des MSPP interrogés insistent sur les atouts du travail en collaboration (équipement partagé, pluridisciplinarité, développement de la prévention et du dépistage, cohérence des soins autour d'un même patient) encore peu connus de leurs confrères et consœurs exerçant en libéral. L'information ne vient pas à eux ou n'est pas suffisamment ciblée, d'où l'intérêt de faire connaître les atouts du travail en coordination dans des structures de type MSPP. Plusieurs des professionnels interrogés sont convaincus de la possibilité de faire connaître et apprécier le travail dans des zones plus reculées, bénéficiant notamment d'un travail de coordination permettant une meilleure répartition du travail entre tous et une augmentation de la qualité de vie pour chacun. Il s'agit de montrer l'intérêt de « prendre place » dans une organisation collective.

Carte 18 : Maisons de santé pluri professionnelles existantes au 1^{er} septembre 2021



Sources : Finess, extraction des données au 1^{er} septembre 2021, ODOMATRIX INRA UMR1041 CESAER, d'après IGN Route500®
Exploitation : Fnors, CREAI-ORS Occitanie

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

Une maison de santé pluriprofessionnelle est constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les Centres Municipaux de Santé (CMS) sont des structures de proximité et financées par les villes, qui proposent un panel de spécialités médicales. Dans la grande tradition de la médecine sociale et des dispensaires, leur objectif est de favoriser un égal accès à des soins de qualité pour tous les usagers. Leurs spécificités tiennent à leur mode de travail en équipe, à la prise en charge globale du patient dans un même endroit et au développement d'actions de santé publique, dans le cadre d'une dispense d'avance de frais (tiers-payant).



POUR ALLER PLUS LOIN

Un appel à candidatures national pour la mise en place d'une expérimentation de « Centres et maisons de santé participatifs » (également appelés « communautaires ») dans les territoires défavorisés a été lancé le 30 août 2021 par les ministères des Solidarités et de la Santé et de la Cohésion des territoires. Piloté par les ARS, cet appel à candidatures vise à sélectionner des candidats volontaires pour expérimenter durant 2 ans un modèle économique pour une vingtaine de structures (dont 6 admises d'office dans l'expérimentation), en testant en conditions réelles différentes dotations, en vue d'une intégration de ce modèle dans le droit commun selon des paramètres financiers qui pourront évoluer en fonction des résultats observés. L'objectif est ainsi de créer à terme 60 centres et maisons de santé « participatifs » en inscrivant la santé communautaire dans un modèle économique pérenne et soutenable.

Les centres et maisons de santé « participatifs » visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers et généralement implantée dans des territoires défavorisés. Cette prise en charge est particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin, car elle se fonde sur un accompagnement médico-psycho-social mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels, par différents biais, font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé. Malgré la reconnaissance de leur service rendu, leurs modes de financements actuels ne permettent pas d'assurer la soutenabilité de ces structures, tant en termes d'équilibre budgétaire que de pérennité des financements.

Source : ARS Occitanie

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/experimentation-centres-et-maisons-de-sante-participatifs-3>



CONSTATS-ENJEUX

Une des MSPP ayant répondu à l'enquête par questionnaire adressée en ligne aux acteurs des Pyrénées-Orientales a évoqué que la présence d'une MSPP multisite au sein d'un territoire permet de faciliter l'accès aux soins des habitants autour des facteurs suivants :

- ▶ mise en place d'équipes coordonnées de proximité ;
- ▶ une MSPP et ses antennes accessibles en transports en commun ;
- ▶ une prise en compte du tiers payant généralisé et des C2S (ex CMUc) ;
- ▶ un accès à la téléconsultation ;
- ▶ une aide à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-dotées ;
- ▶ une dynamique partenariale avec les acteurs du territoire concerné ;
- ▶ une connaissance des acteurs du territoire concerné.

En revanche, elle a évoqué être en difficulté :

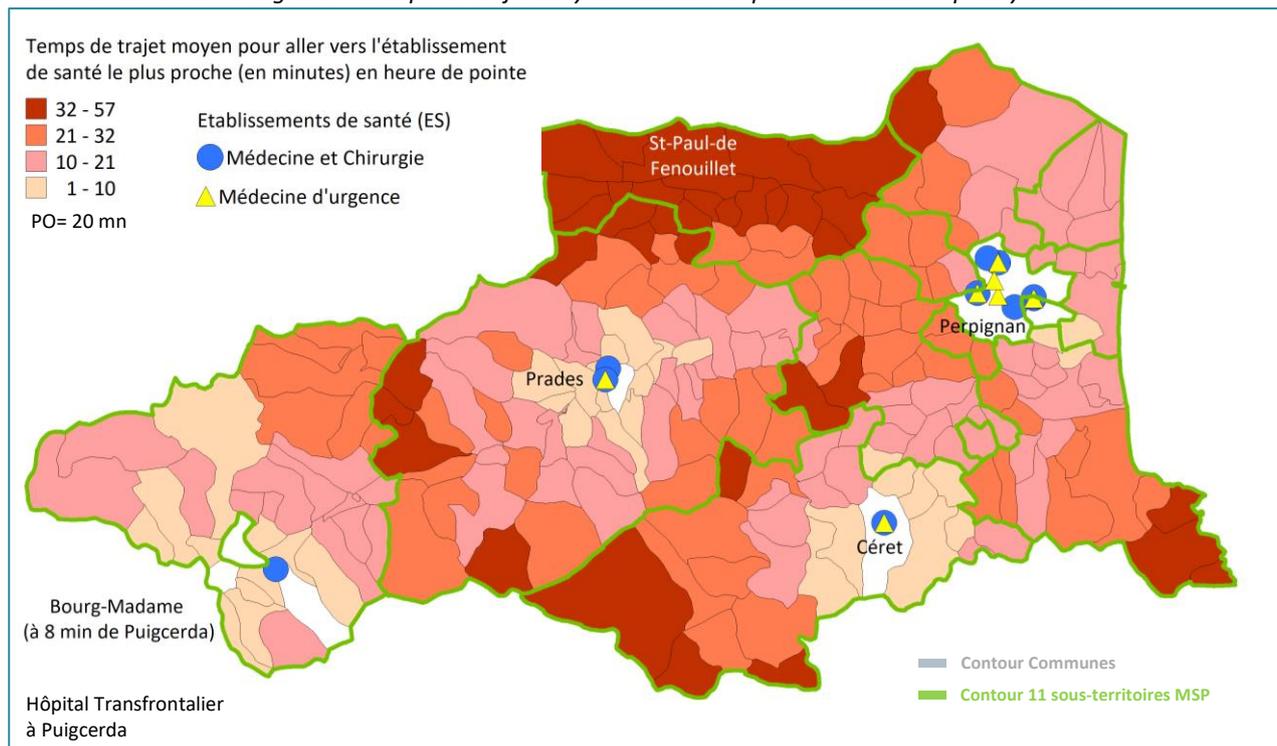
- ▶ dans la gestion de situations de précarité sociale et de connaître peu les aides sociales existantes (une augmentation de situations complexes et tout particulièrement sociales est observée au cours des cinq dernières années) ;
- ▶ en raison d'un manque de médecins généralistes.

3.3 Cartographie de l'offre

3.3.1 Les établissements de santé

Dans les Pyrénées-Orientales, 1 205 lits sont installés en hospitalisation complète en médecine ou chirurgie en 2019. Ramené au nombre d'habitants, le département enregistre un taux d'équipement en lits en court séjour en médecine (1,6 pour 1 000 habitants) inférieur à ceux observés aux niveaux régional (1,9) et national (2,1). En revanche, le taux d'équipement en lits en court séjour en chirurgie (1,4) est supérieur à ceux observés aux niveaux régional et national (1,2 pour chacun d'entre eux).

Carte 19 : Implantation des établissements de santé avec un service de médecine ou chirurgie, et ceux dotés d'un service de médecine d'urgence – Temps de trajet moyen en heure de pointe en minutes pour y accéder



Sources : Finess, extraction des données au 1^{er} septembre 2021, ODOMATRIX INRA UMR1041 CESAER, d'après IGN Route500®
Exploitation : Fnors, CREAI-ORS Occitanie



Aux établissements de santé sont rattachés des dispositifs de prévention, de dépistage, de suivi et de traitement. Deux d'entre eux rattachés au CH de Perpignan ont participé à l'enquête :

- le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT), service médical à composante sociale avec un rayonnement départemental. Il dispose d'une équipe mobile avec unité de radiographie pour effectuer des dépistages de proximité ;
- la Permanence d'Accès aux Soins (PASS), dispositif implanté à Perpignan qui permet l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et tout particulièrement pour les allocataires du RSA.

De plus, ont été cités par les acteurs ayant répondu à l'enquête un partenaire œuvrant autour de la prévention : l'Association Diabète Occitanie issue de la fusion des réseaux Audiab et Diamip, effective depuis le 6 février 2020.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

L'outil Odomatrix calcule la distance routière moyenne entre la commune concernée et l'établissement de santé ayant un service de médecine et de chirurgie le plus proche. A partir de cette distance, il calcule des temps de trajets dont le temps de trajets moyen en heure de pointe. Celui-ci est exprimé en minutes.



POUR ALLER PLUS LOIN

« Accompagner les hôpitaux pour qu'ils renforcent l'offre de soins de proximité », une des priorités de « Ma Santé 2022 ». Les patients doivent être mieux orientés et les moyens médicaux mieux répartis : avec Ma Santé 2022, c'est une organisation des activités des établissements qui s'adapte aux besoins des territoires selon 3 niveaux : les soins de proximité, les soins spécialisés et les soins ultra-spécialisés nécessitant des plateaux techniques de pointe. Cette organisation garantira une meilleure orientation des patients et favorisera la qualité des parcours de soins. Les missions hospitalières de proximité vont être renforcées dans tous les établissements. C'est notamment le cas dans les plus petits établissements qui ne disposent d'activités ni de chirurgie ni d'obstétrique. Le renforcement de ces derniers établissements passe notamment par l'identification d'hôpitaux de proximité. Ils permettront un meilleur accès aux soins en préservant la qualité de vie des patients qui restent près de leur domicile et de leurs proches.

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, Synthèse « Ma Santé 2022, un engagement collectif », 4p.



CONSTATS-ENJEUX

L'interdépendance du maillage médical est telle que dès qu'une spécialité devient difficile d'accès ou disparaît en ville, la tension se reporte sur l'hôpital. S'il est souligné lors des rencontres avec les professionnels l'efficacité de l'hôpital malgré ses difficultés, il est aussi noté la nécessité de mieux communiquer avec l'institution hospitalière.

Bien que l'initiative soit encore peu connue, il existe notamment un groupe de travail (la MSPU Avicenne y participe) cherchant à optimiser les différents outils pour travailler de concert avec l'hôpital (messagerie sécurisée, annuaire...). En effet, le manque de communication nuit au parcours de soins lorsque les comptes-rendus des consultations de 2^e ligne à l'hôpital ne sont pas rapidement transférés au médecin traitant.

À propos du travail avec l'hôpital transfrontalier : les équipes du territoire de Cerdagne-Capcir se sont mobilisées afin que les systèmes administratifs de santé français et espagnols puissent cohabiter. Or, les logiques nationales restent prégnantes.

Par exemple, l'Espagne dispose d'un dossier médical numérisé unique accessible depuis les locaux de l'hôpital pour chaque patient retraçant l'ensemble de son parcours de soins. Ce dossier n'est pas accessible à distance à partir d'un cabinet médical en France. À la MSPP, ils disposent d'un logiciel spécifique mais les interfaces avec les logiciels hospitaliers ne sont pas développées par les éditeurs de ces logiciels.

Des éléments s'améliorent néanmoins. Par exemple, l'hôpital transmet aux équipes de la MSPP de Font-Romeu un compte-rendu de l'hospitalisation lorsque le patient ressort. De manière générale, le suivi administratif n'est pas forcément en adéquation avec les réglementations françaises mais l'hôpital transfrontalier rend de grands services, notamment pour la maternité (à l'origine de sa construction).

À propos du manque de coordination, un des facteurs bloquant l'accès à la santé selon les professionnels interrogés, au-delà du manque de professionnels et de structures, relève aussi d'un manque de coordination entre l'hôpital, la PMI et le libéral. Ils devraient mieux se connaître et travailler de concert ; de même pour les Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour enfants et ceux pour adolescents alors même que leurs interventions se ressemblent et concernent parfois les mêmes personnes.

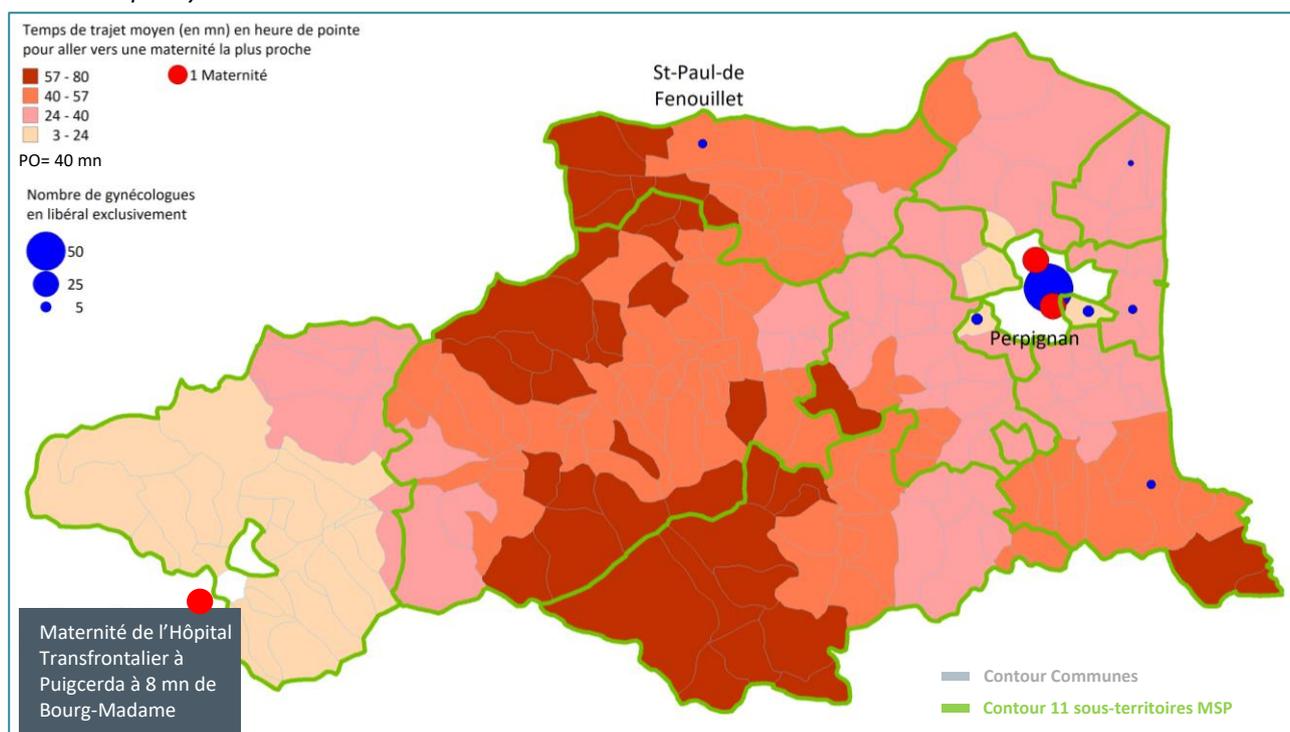
À ce titre, un dossier informatisé commun cela faciliterait la prise en charge des patients. Un manque d'efficacité marque les relations entre les partenaires.

À propos de la gestion des urgences, les professionnels de la MSPP Haute-Cerdagne ont précisé que les structures de santé de leur territoire et l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá se répartissent la gestion des urgences de 3 stations de ski. Dans ces territoires de montagne, le service de traumatologie de la MSPP de Font-Romeu est particulièrement apprécié. Ils ont précisé qu'une permanence des soins ambulatoires (PDSA) est non effective en « nuit profonde » (de 00h à 6h) sur leur territoire. Les raisons évoquées par les professionnels interrogés sont centrées autour d'une activité insuffisante et sur le fait que les médecins correspondants SAMU suffisent. Cela conduit les professionnels du territoire (notamment ceux de l'Agly) à assurer des astreintes 2 à 3 fois dans la semaine et pour partie bénévoles. Il s'avère très difficile d'organiser la PDSA. Selon les saisons, la demande est variable.

3.3.2 Les établissements de santé ayant une maternité

Dans les Pyrénées-Orientales, 101 lits sont installés en hospitalisation complète en gynécologie-obstétrique en 2019. Ramené au nombre d'habitantes âgées de 15 ans ou plus, le département enregistre un taux d'équipement en lits en court séjour en gynécologie-obstétrique (0,5 lits installés pour 1 000 habitantes) inférieur à ceux observés aux niveaux régional et national (0,6 pour chacun d'entre eux).

Carte 20 : Implantation des établissements de santé avec une maternité – Temps de trajet moyen en heure de pointe en minutes pour y accéder



Sources : Finess, extraction des données au 1^{er} septembre 2021, ODOMATRIX INRA UMR1041 CESAER, d'après IGN Route500®
Exploitation : Fnors, CREAI-ORS Occitanie



CONSTATS-ENJEUX

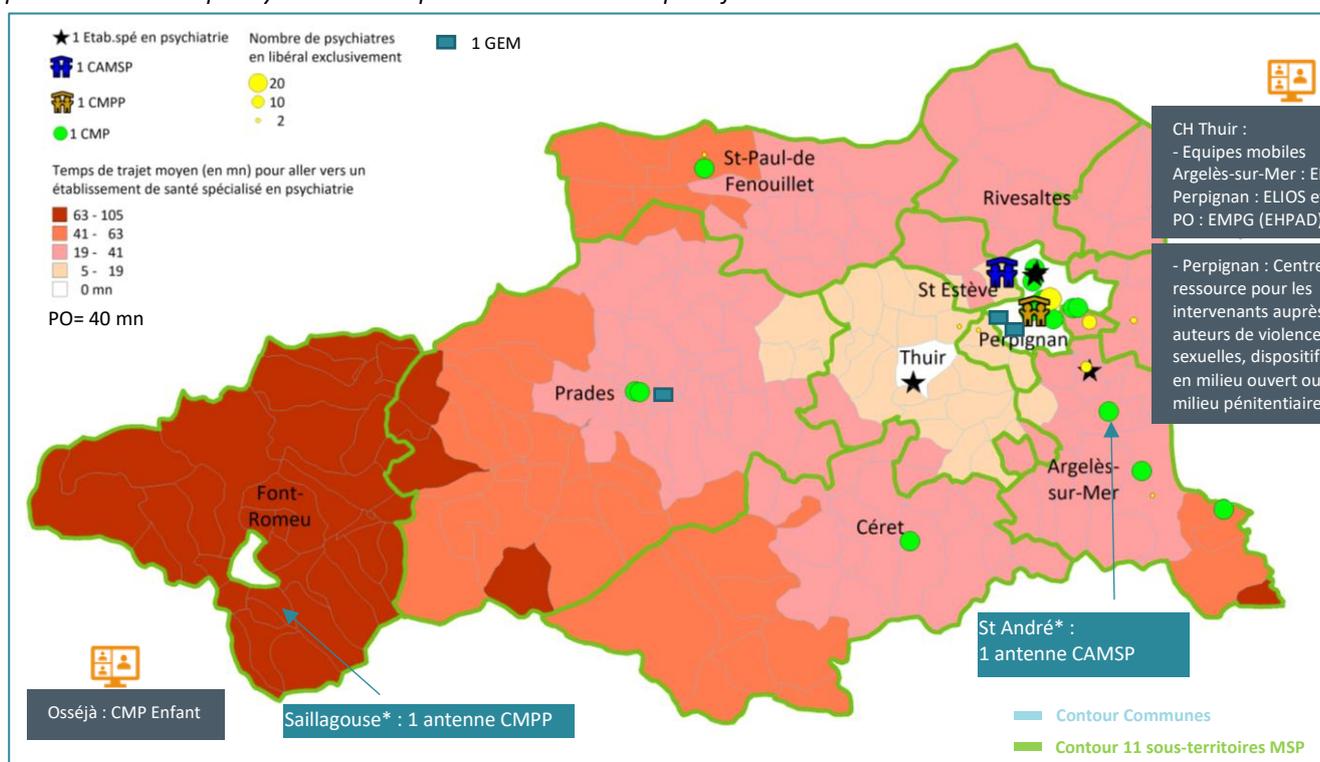
Concernant les maternités, plusieurs d'entre elles ont cessé leur activité dont la clinique St Pierre à Perpignan qui réalisait près de 1 800 accouchements. Cependant, selon les professionnels interrogés, il n'y a pas eu d'anticipation des naissances à prendre en charge sur les autres établissements. Les structures existantes souffrent de véritables insuffisances. L'hôpital est saturé pour les accouchements. Des renvois sont adressés à la polyclinique Méditerranée, mais cela peut parfois entraîner des frais supplémentaires (dépassements d'honoraires) non négligeables pour des populations à faibles ressources financières. En revanche, les professionnels interrogés relèvent des partenariats effectifs entre la maternité du Centre Hospitalier de Perpignan, l'hôpital transfrontalier et les sage-femmes de l'ensemble du département des Pyrénées-Orientales qui constituent une ressource départementale essentielle en périnatalité.

3.3.3 Les établissements de santé spécifiques à la psychiatrie

Dans les Pyrénées-Orientales, 468 lits sont installés en hospitalisation complète en psychiatrie générale en 2019 et 176 places en hospitalisation à temps partiel. Ramené au nombre d'habitants de plus de 16 ans, le taux d'équipement en lits en hospitalisation complète est équivalent à celui observé en Occitanie (1,2 lits installés pour 1 000 habitants) et supérieur à celui observé au niveau national (1,0). Le taux d'équipement global (hospitalisations complète ou à temps partiel) (1,7 pour 1000 habitants) est supérieur à ceux observés aux niveaux régional (1,6) et national (1,4).

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, 8 lits sont installés en hospitalisation complète et uniquement dans le secteur public en 2019 et 65 places en hospitalisation partielle. Ramené au nombre d'enfants âgés entre 0 et 16 ans, le taux d'équipement en hospitalisation complète (0,1 pour 1 000 enfants) est inférieur à ceux observés aux niveaux régional et national (0,2 pour chacun d'entre eux). En termes de taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile, celui est équivalent aux niveaux régional et national (0,9).

Carte 21 : Implantation des établissements de santé spécialisés en psychiatrie et temps de trajet moyen en heure de pointe en minutes pour y accéder – Implantation d'autres dispositifs médicosociaux dont les GEM



* Informations provenant d'une étude réalisée par le CREAI-ORS Occitanie sur le repérage précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Occitanie en juillet 2020

Sources : Finess, extraction des données au 1^{er} septembre 2021, ODOMATRIX INRA UMR1041 CESAER, d'après IGN Route500® - Exploitation : Fnors, CREAI-ORS Occitanie



Un CMP ayant répondu à l'enquête a évoqué une augmentation au cours des 5 dernières années :

- du nombre de jeunes accompagnés et tout particulièrement du nombre de pré-adolescents ;
- du nombre de situations de parents seuls, éloignés de leur propre famille ;
- des urgences.

Un manque de temps de psychiatre et d'équipements informatiques adaptés pour les téléconsultations (période de confinement) ont été cités comme facteurs bloquant à l'accès aux soins.

Parallèlement, les 3 GEM (Groupement d'entraides mutuelles) ayant répondu à l'enquête observent depuis 5 ans de plus en plus d'adhérents :

- précaires socialement et financièrement (allocation adulte handicapé, AAH) ;
- avec des pathologies psychiatriques non stabilisées en raison de difficulté d'accès aux soins ;
- avec des difficultés d'accès aux droits communs (fracture numérique).



CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels interrogés ont évoqué l'existence de disparités territoriales dans les réponses apportées par le secteur de la psychiatrie. Dans des territoires, des partenariats ont été construits facilitant le parcours des personnes (par exemple, les services de la psychiatrie en Cerdagne, à Perpignan ou Argelès-sur-Mer) alors que cela reste compliqué sur la Côte Vermeille, Banyuls et Collioure... Au-delà de la fermeture de structures, de l'insuffisance de celles qui restent et de leur accès difficile pour des raisons financières, les professionnels interrogés ont évoqué le besoin de créer des structures intermédiaires en santé mentale, pour des personnes ne présentant pas de troubles avérés mais où un soutien psychologique devient nécessaire.

Les professionnels des maisons sociales de proximité de Perpignan et de l'Agly soulignent les délais d'attente particulièrement importants pour l'accès aux CMP et CMPP. Les professionnels de la MSPP de la Têt notent quant à eux l'absence de CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) en dehors de Perpignan ce qui rend son accès très difficile pour les populations de leur territoire. Il a été précisé par les professionnels interrogés qu'un projet de mettre en place une antenne du CAMSP à Osseja était en cours de réflexion.



POUR COMPLÉTER

Les temps d'attente excessifs pour l'accès aux CMP et CMPP ont également été soulignés dans une étude réalisée en 2020 et menée par le CREAI-ORS Occitanie à la demande de l'ARS sur les CAMSP, CMPP et CMP dans le département des Pyrénées-Orientales.



POUR ALLER PLUS LOIN

Un des projets retenus en Occitanie dans le cadre de deux appels à projets nationaux 2020 concernant le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie et renforcement de l'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est le projet porté par le CH de Thuir concernant la mise en place d'un dispositif COMEVI-H (Coordination des soins entre la médecine de ville et l'Hôpital) : vers un parcours de soins coordonné et sans rupture pour les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Source : ARS Occitanie Résultats des deux appels à projets nationaux 2020, projets retenus en Occitanie, 2020 12
<https://www.occitanie.ars.sante.fr/fonds-dinnovation-organisationnelle-en-psychiatrie-et-renforcement-de-loffre-de-psychiatrie-de>



POUR ALLER PLUS LOIN

Le président de la République a annoncé notamment le remboursement des séances de psychologues pour toute la population à partir de 3 ans, en clôture des assises de la santé mentale et de la psychiatrie organisées par le ministère des solidarités et de la santé le 27 et 28 septembre 2021. Le remboursement sera sous forme d'un forfait composé d'une première consultation à 40 euros puis les suivantes à 30 euros. Ces séances se feraient sur « prescription médicale ».

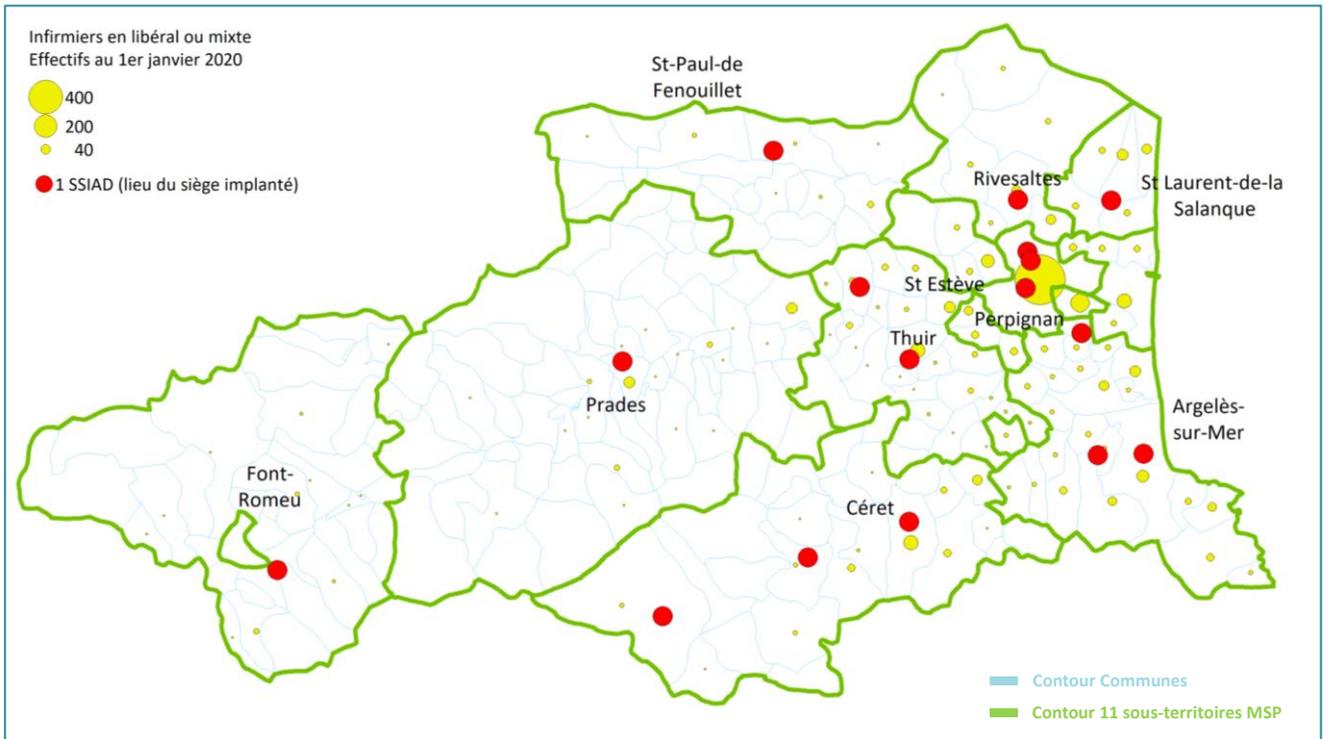
De plus, parmi les mesures clé il y a également :

- la création d'une maison des adolescents dans chaque département,
- 100 places en accueil familial thérapeutique sur 2 ans
- le renforcement des équipes des CMP en créant 800 postes supplémentaires en CMP et CMPP en 2022-2024
- l'augmentation du nombre d'équipes mobiles psychiatriques intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD et dans les autres ESMS
- la dotation pour les SSIAD/SPASAD d'un financement complémentaire pour un temps de psychologue
- la promotion des infirmiers de pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale (PSM)

Source : Dossier de presse, les Assises nationales de la santé mentale et de la psychiatrie, 72p
https://www.cnape.fr/documents/seef_-dossier-de-presse-assises-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-septembre-2021/

3.3.4 Les structures de soins infirmiers coordonnés

Carte 22 : Implantation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)



Sources : Finess, extraction de données au 1^{er} septembre 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



Une des structures ayant répondu à l'enquête a évoqué les points suivants à améliorer :

- avoir davantage d'infirmiers libéraux pour assurer les soins à domicile pour des patients en perte d'autonomie ;
- augmenter le nombre de place en SSIAD (besoins de prise en charge de soins de nursing) qui remettent en question le maintien à domicile de manière pérenne ;
- mettre en œuvre de gardes itinérantes de nuit ;
- mettre en œuvre le baluchonnage.

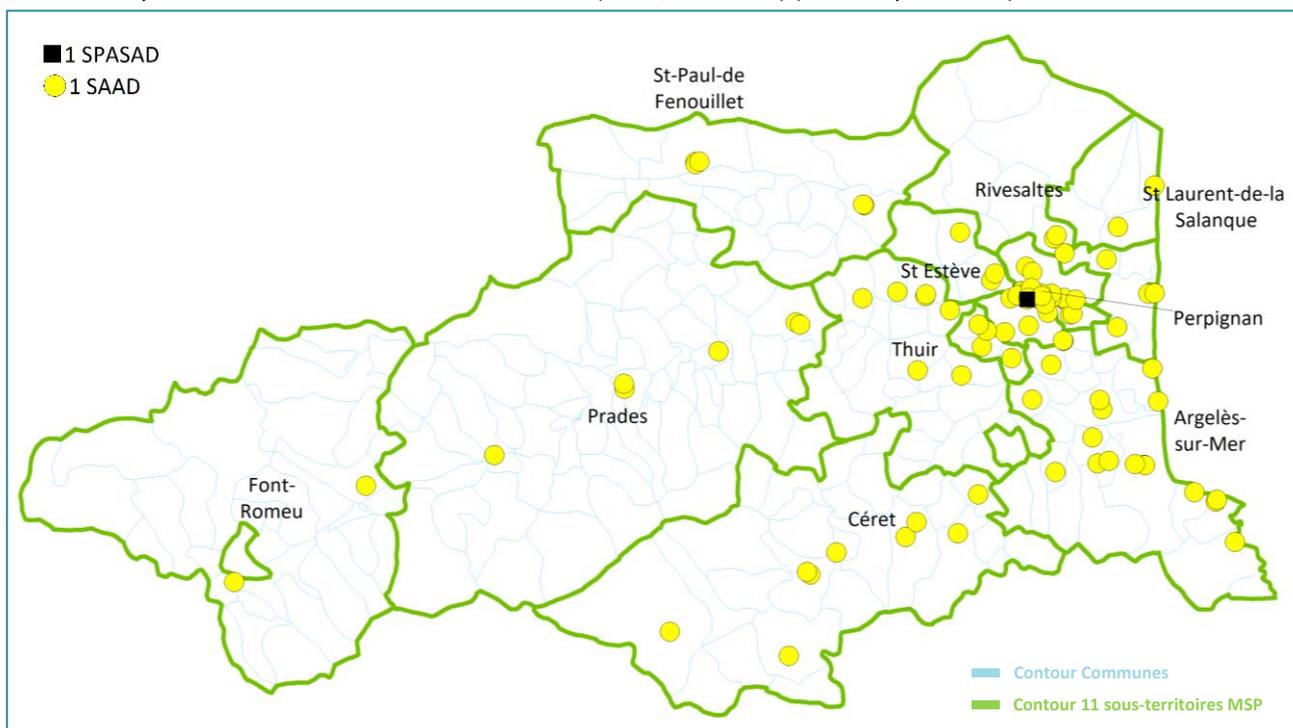


CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels interrogés ont évoqué les difficultés des infirmiers-ères libéraux-ales pour absorber les soins d'hygiène. Ils-elles sont de plus en plus nombreux-ses à se centrer uniquement sur les soins primaires « purs ». Les SSIAD existants sur le département sont sectorisés et ont des listes d'attente importantes.

3.3.5 Les structures d'aides à domicile

Carte 23 : Implantation des services d'aides à domicile (SAAD, SPASAD...) (lieu d'implantation)



Sources : Finess, extraction de données au 1^{er} septembre 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



Les 2 SAAD ayant répondu à l'enquête ont évoqué une augmentation au cours des 5 dernières années :

- des personnes à accompagner avec de faibles revenus, abandonnées des familles, avec des pathologies neurodégénératives ;
- d'aide à l'aidant ;
- des personnes ne pouvant plus rester à domicile mais ne pouvant pas rentrer en EHPAD.

Les facteurs bloquant à l'accès à la santé cités sont :

- la prise en charge jugée inférieure à la réalité du terrain ;
- l'éloignement des médecins spécialistes installés pour la majorité en ville.



POUR COMPLÉTER

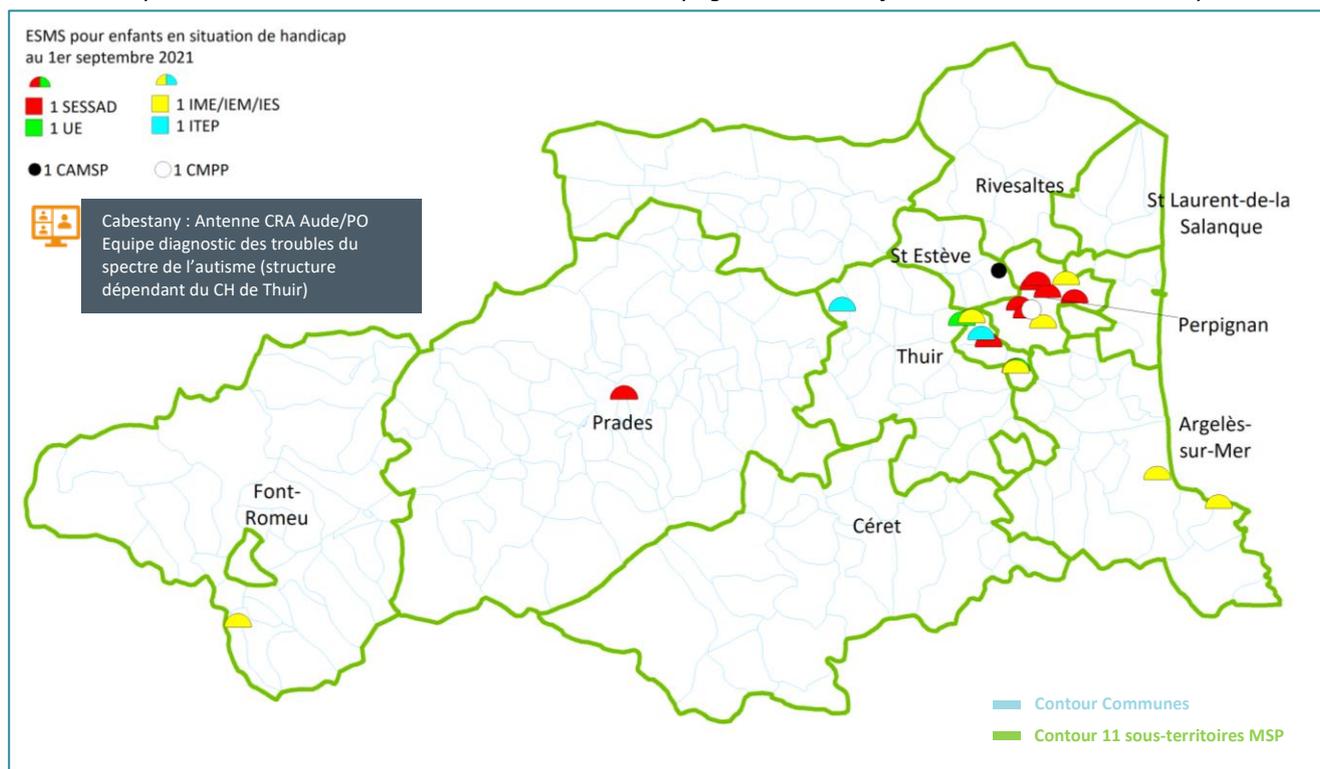
« Le Département verse l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à près de 13 000 bénéficiaires dont 62 % pour l'APA à domicile. Parallèlement, plus de 1 600 bénéficiaires perçoivent la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et 700 de l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale. [...] »

Ce sont soixante-dix services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui doivent faire l'objet d'un contrôle et d'un suivi qualité de la part du Département. Ces SAAD subissent, depuis plusieurs années, des difficultés structurelles et conjoncturelles qui fragilisent leur modèle économique. Dans le cadre de sa mission de chef de file d'action sociale et médicosociale, le Département est amené à conduire des actions de modernisation et de structuration des SAAD. Si à ce jour, et à l'exception de la zone « Montagne-Cerdagne/Capcir », le département des Pyrénées-Orientales paraît couvert par l'ensemble des SAAD autorisés, le secteur reste dans une situation fragile. A ce titre, le Département souhaite ainsi approfondir sa connaissance des acteurs pour mieux accompagner et organiser l'offre territoriale en SAAD. Le Département a donc lancé un état des lieux sur les SAAD qui va permettre de recenser la couverture géographique des SAAD et repérer les zones sous-dotées. »

Source : Conseil départemental des Pyrénées-Orientales, DGA des Solidarités-Direction PA/PH, cahier des clauses techniques particulières – Mission d'étude pour l'élaboration d'une stratégie départementale en matière d'offre d'aide et d'accompagnement à domicile, 2021 6p

3.3.6 Les structures médicosociales d'accompagnement des enfants en situation de handicap

Carte 24 : Implantation des structures médicosociales d'accompagnement des enfants en situation de handicap



Sources : Finess, extraction de données au 1^{er} septembre 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

1 SESSAD ayant répondu à l'enquête a évoqué une augmentation au cours des 5 dernières années de leur liste d'attente à 2 ans et des situations complexes accompagnées.

Les facteurs bloquant à l'accès à la santé cités sont :

- des dentistes non formés pour accueillir un enfant avec un handicap de type autisme ;
- aucun dermatologue sur le territoire, des délais d'attente importants pour un rendez-vous chez un gynécologue ;
- des listes d'attente importants pour les orthophonistes.



CONSTATS-ENJEUX

Des délais d'attente excessifs en SESSAD (au moins 2 ans d'attente) ont été rapportés par les professionnels interrogés. Certaines structures médicosociales restent difficiles d'accès en raison de places insuffisantes comme des dispositifs relais pour les jeunes en situation de handicap et âgés de 16 à 20 ans : le passage à l'âge adulte est souvent suivi d'une rupture dans le parcours de vie et de soins (tout particulièrement le suivi par le secteur psychiatrique). Il a été évoqué également le manque de places en milieu ordinaire ou protégé, en FV/FAM ou en MAS pour ces jeunes sortant du secteur « enfants ».

De plus, il a été évoqué que les PCPE sont des dispositifs ressources qui permettent de coordonner entre le secteur du médicosocial et les professionnels de santé (tout particulièrement les libéraux, CAMSP et CMP/CMPP) le parcours de soins et de vie d'enfants en situation de handicap.



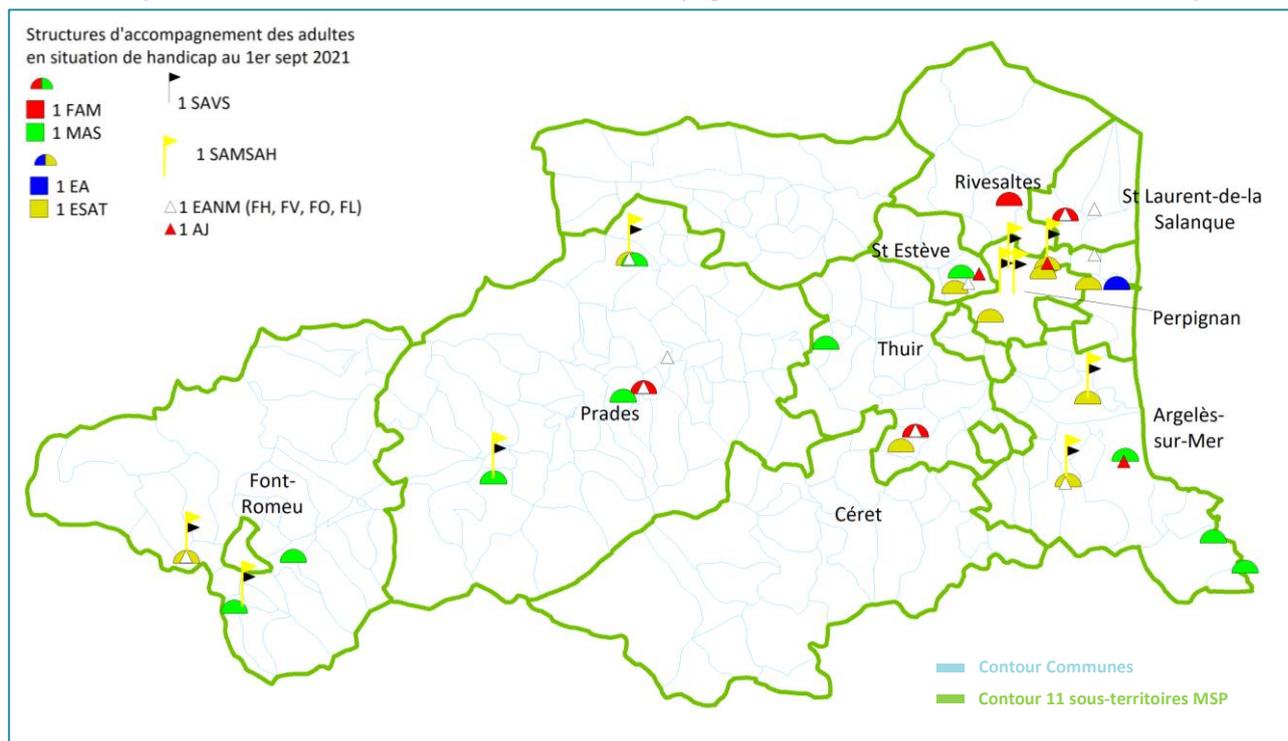
POUR COMPLÉTER

Les données CAF consolidées au 30 septembre 2020 indiquent près de 2 320 enfants bénéficiaires d'une prestation AEEH. En mai 2021, d'après les données renseignées par les établissements et services dans l'outil VIA TRAJECTOIRE, le nombre d'enfants accompagnés dans les IME est près de 410 enfants et 85 enfants dans les IEM. 121 sont en attente d'une place dans un IME et 1 enfant en IEM.

Source : CNSA, MDPH des Pyrénées-Orientales, Synthèse de la campagne 2021, 05 2021 38p

3.3.7 Les structures médicosociales d'accompagnement des adultes en situation de handicap

Carte 25 : Implantation des structures médicosociales d'accompagnement des adultes en situation de handicap



Sources : Finess, extraction de données au 1^{er} septembre 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



4 établissements ayant répondu à l'enquête ont proposé les points suivants à améliorer :

- faciliter la prise en charge des déplacements (de jour comme de nuit) ;
- bénéficier d'un pôle psychiatrique en Cerdagne-Capcir ;
- sensibiliser les professionnels de santé au handicap ;
- créer des espaces de coordination et d'orientation des personnes en situation de handicap vers des services de soins de proximité.



CONSTATS-ENJEUX

Des délais d'attente excessifs (1 à 2 ans) et le nombre de places limitées pour les SAVS et SAMSAH ont été rapportés par les professionnels interrogés.



POUR COMPLÉTER

Les données CAF consolidées au 30 septembre 2020 indiquent près de 10 910 personnes bénéficiaires d'une prestation AAH. En mai 2021, d'après les données renseignées par les établissements et services (ESMS) dans l'outil VIA TRAJECTOIRE, le nombre de personnes en attente d'une place selon le type d'ESMS est : 110 en MAS/FAM, 83 en Foyers de vie, 60 en SAVS 33 en SAMSAH et 23 en service d'accueil de jour.

Source : CNSA, MDPH des Pyrénées-Orientales. Synthèse de la campagne 2021, Mai 2021 38p



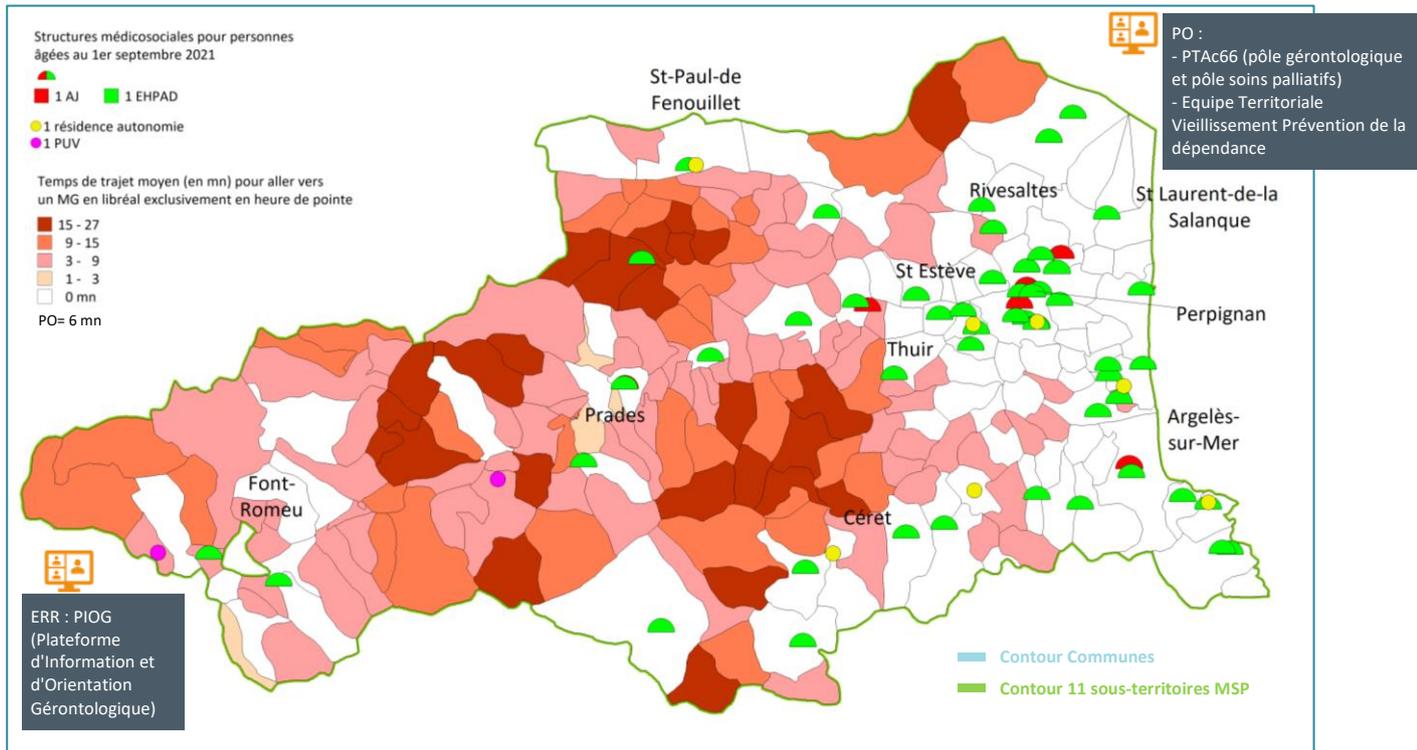
POUR COMPLÉTER

Dans le cadre de la démarche engagée par l'ARS Occitanie sur l'analyse des besoins avec les structures ayant vocation à intégrer le DAC, un des publics évoqués à intégrer est celui concernant les personnes handicapées vieillissantes avec des problématiques d'hébergement (places limitées) et des hospitalisations. Des besoins importants ont été remontés des structures autour de la mise en place d'accompagnements adaptés à ce public et tout particulièrement d'alternative proposée par l'habitat inclusif.

Source : Alcimed, ARS Occitanie, Projet DAC – Pyrénées-Orientales Mars 2021, 20p

3.3.8 Les structures médicosociales d'hébergement des personnes âgées

Carte 26 : Implantation des structures médicosociales d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie



Sources : Finess, extraction des données au 1^{er} septembre 2021, ODOMATRIX INRA UMR1041 CESAER, d'après IGN Route500® - Exploitation : Fnors, CREA-ORS Occitanie



4 structures dédiées à l'accompagnement des personnes âgées ou à la coordination (dont 2 EHPAD) ayant répondu à l'enquête ont cité comme facteurs bloquant l'accès à la santé et aux soins sur leur territoire :

- des personnes âgées isolées souffrant de solitude, manque d'associations apportant une présence et une écoute à domicile ;
- un nombre de médecins insuffisant pour suivre les résidents en EHPAD ;
- peu de partenaires dans les zones rurales isolées ;
- des renoncements à certains soins pour des raisons financières, renoncement à l'accueil temporaire ou à un hébergement définitif pour des raisons financières.

Est observée une augmentation des :

- demandes de fin de vie au domicile mais peu envisageables en raison d'un manque de médecins ;
- personnes accompagnées au domicile qui sont âgées de plus de 90 ans ;
- situations avec des patients en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive, en isolement social ou familial, en âge avancé avec des polyopathologies.



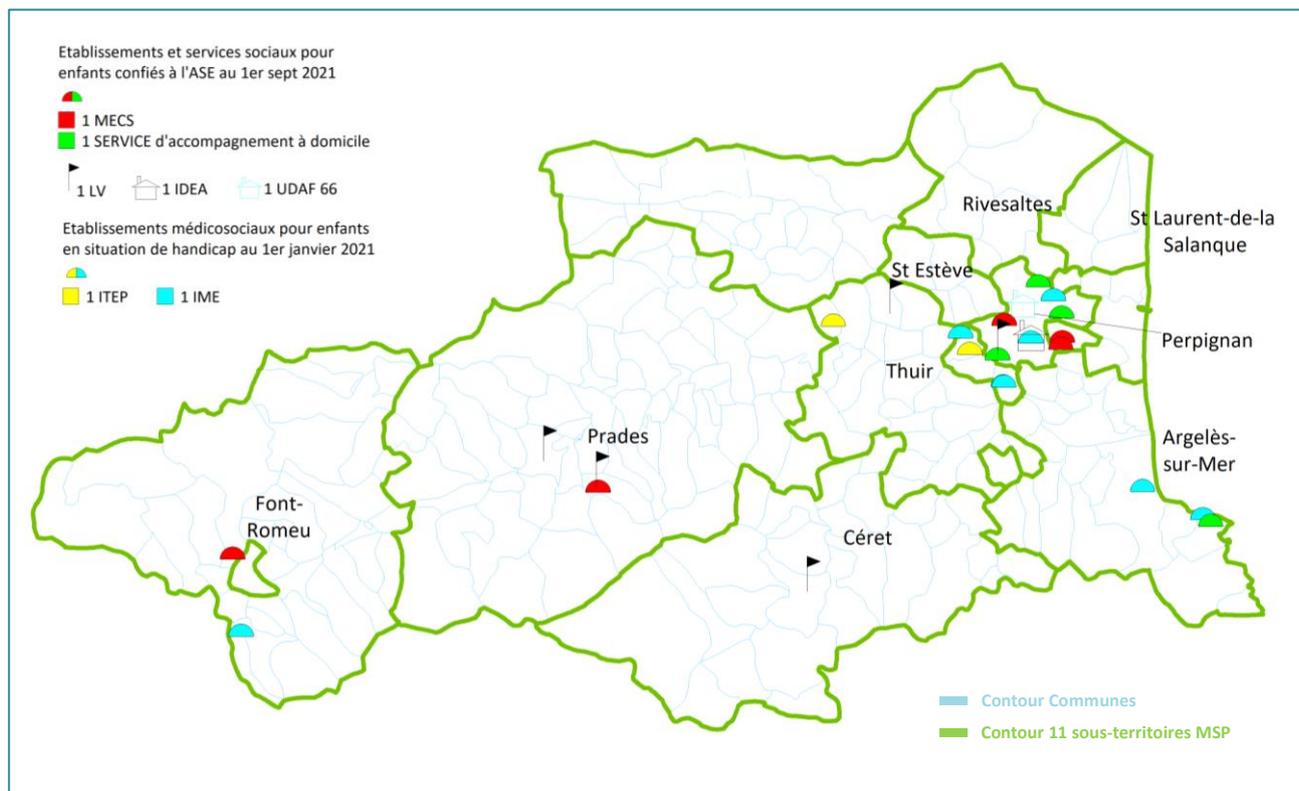
CONSTATS-ENJEUX

Il existe des freins financiers à l'admission en EHPAD ce qui entraîne un maintien à domicile par défaut. Les professionnels interrogés ont évoqué que même si le Département veille à ce que les EHPAD habilités à l'aide sociale restent accessibles en termes de tarifs, les EHPAD restent difficiles d'accès financièrement pour une grande partie de la population âgée actuellement en situation de grande dépendance. Il a été rappelé en séance qu'une grande partie des personnes âgées vivant dans les Pyrénées-Orientales sont des retraités de la MSA et ont de faibles ressources financières. Le reste à charge est très souvent important pour les familles concernées et elles choisissent le plus souvent le maintien à domicile (peu adapté et complexe à accompagner).

Les professionnels de santé interrogés ont cité qu'ils apprécient les liens partenariaux mis en place avec la PTAc66 et les 2 MAIA (la MAIA Nord portée par le GCSMS Intégr'Action et la MAIA Sud portée par le Conseil départemental). L'étiquette « MSP » facilite les échanges. Les coordinatrices des MAIA ont un point unique d'entrée pour plusieurs médecins, ce qui facilite la coordination et le suivi de situations complexes.

3.3.9 Les structures sociales d'accompagnement des enfants confiés à l'ASE

Carte 27 : Implantation des structures sociales d'accompagnement des enfants confiés à l'ASE



Sources : Finess, extraction de données au 1^{er} septembre 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



2 structures dédiées à l'accompagnement des enfants confiés à l'ASE ayant répondu à l'enquête ont cité comme facteurs facilitant l'accès à la santé et aux soins sur leur territoire :

- des cartes C2S (ex CMUc) pour tous les enfants ;
- la proximité avec Perpignan ;
- la présence d'une infirmière et de psychologues en interne.

Les facteurs bloquant sont les coûts financiers non pris en charge (dépassements d'honoraires...) et les situations complexes d'enfants qui peuvent effrayer la pédopsychiatrie.

Est observée une augmentation d'adolescents confiés à l'ASE et de situations complexes avec des troubles psychiques non prises en charge.

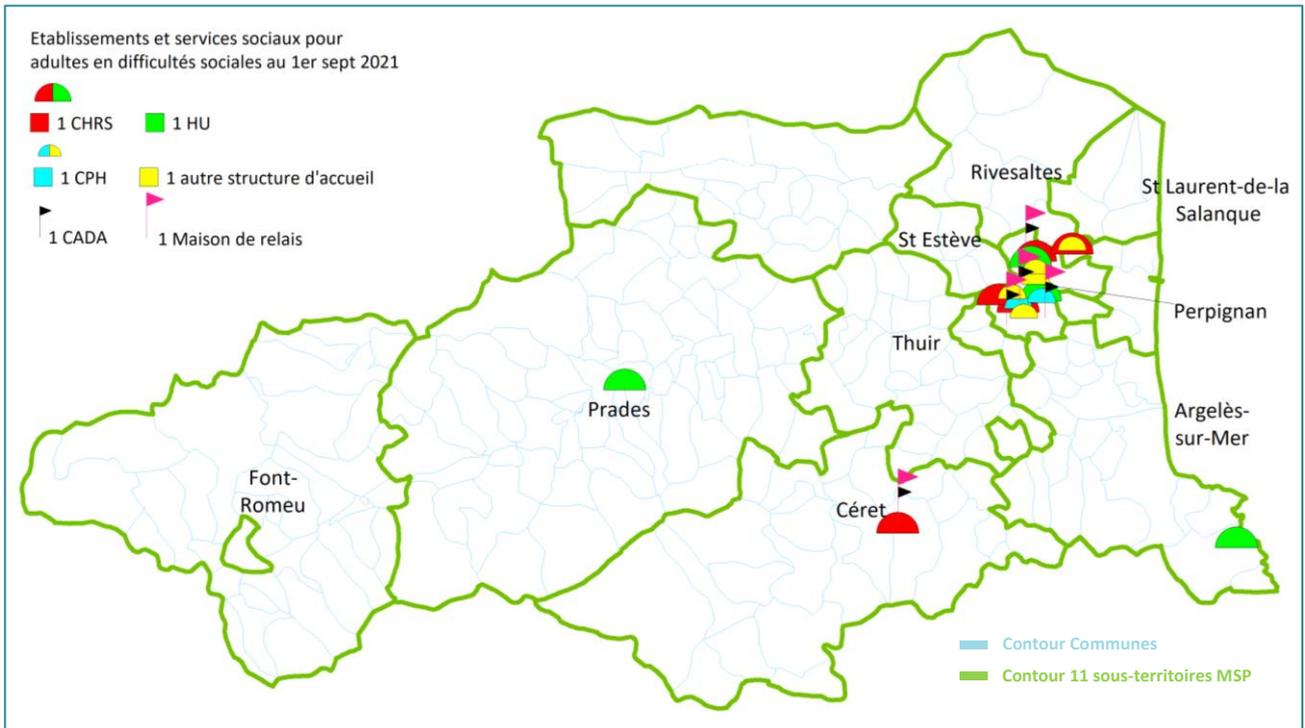


POUR COMPLÉTER

La concentration des structures de l'aide sociale à l'enfance près de Perpignan ne facilite pas le maintien des liens familiaux pour les familles ayant un domicile éloigné de Perpignan.

3.3.10 Les structures sociales d'accompagnement des adultes en difficultés sociales

Carte 28 : Implantation des structures sociales d'accompagnement des adultes en difficultés sociales



Sources : Finess, extraction de données au 1^{er} septembre 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



4 structures dédiées à l'accompagnement social des personnes dont un organisme en charge d'un service public ayant répondu à l'enquête ont cité comme facteurs facilitant l'accès à la santé et aux soins sur leur territoire :

- la présence de structures sur certaines zones éloignées (Prades, Puigcerda...) ;
- le financement de postes d'infirmier et de psychologues sur certains établissements ;
- la présence d'un référent santé.

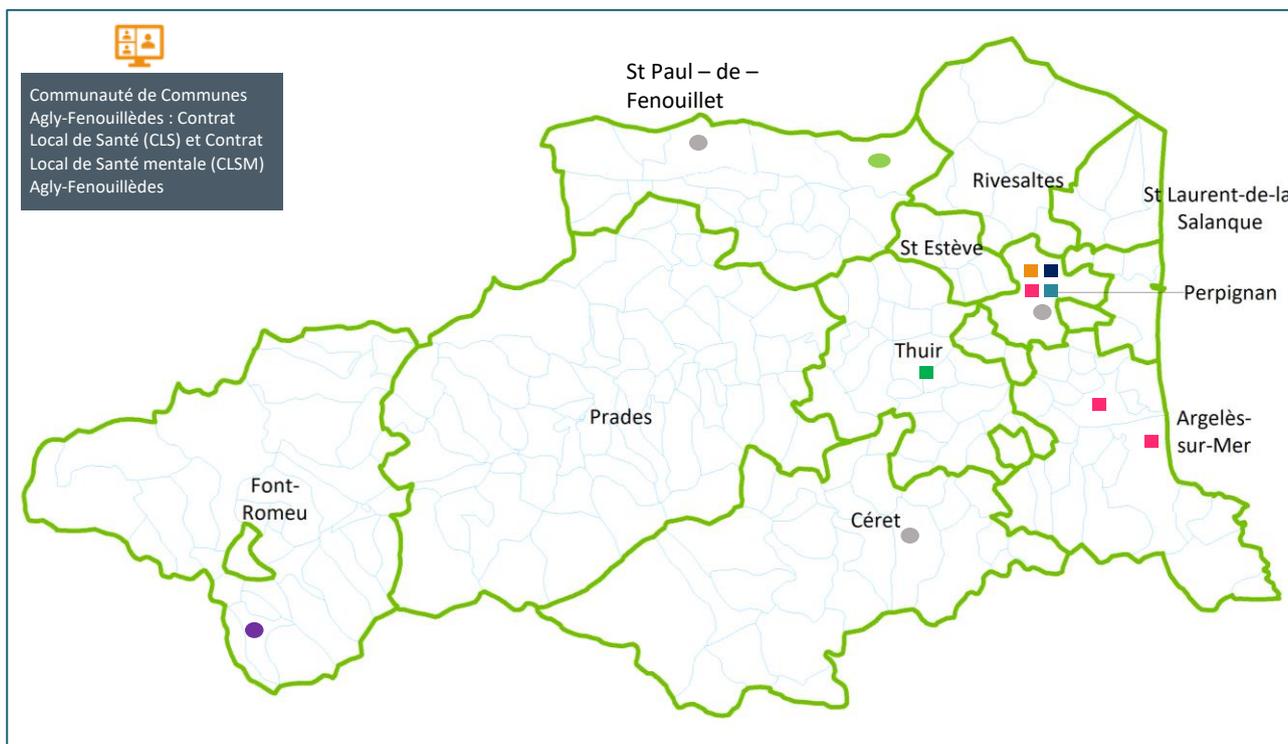
Les facteurs bloquant sont les coûts financiers non pris en charge (dépassements d'honoraires...), la médecine de ville saturée, le secteur de la psychiatrie sous dotée en médecin sur l'ensemble du département et le manque de formalisation de partenariat pour faciliter l'accompagnement aux soins des publics en précarité.

Est observée une augmentation :

- du nombre de migrants qui présentent des problématiques de santé somatiques et psychiques importants ;
- du nombre de jeunes majeurs ;
- du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus (sur les 2 dernières années) ;
- des personnes avec des troubles psychiques, et des conduites addictives ;
- d'enfants accueillis avec un ou les parents bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire (action éducative en milieu ouvert (AEMO)/aide aux familles à domicile (AFD)...).

3.3.11 Les structures œuvrant autour de la prévention, la réduction des risques, l'accès aux droits communs

Carte 29 : Implantation des structures ayant répondu à l'enquête – Missions d'intervention autour de la prévention, la réduction des risques ou l'accès aux droits communs

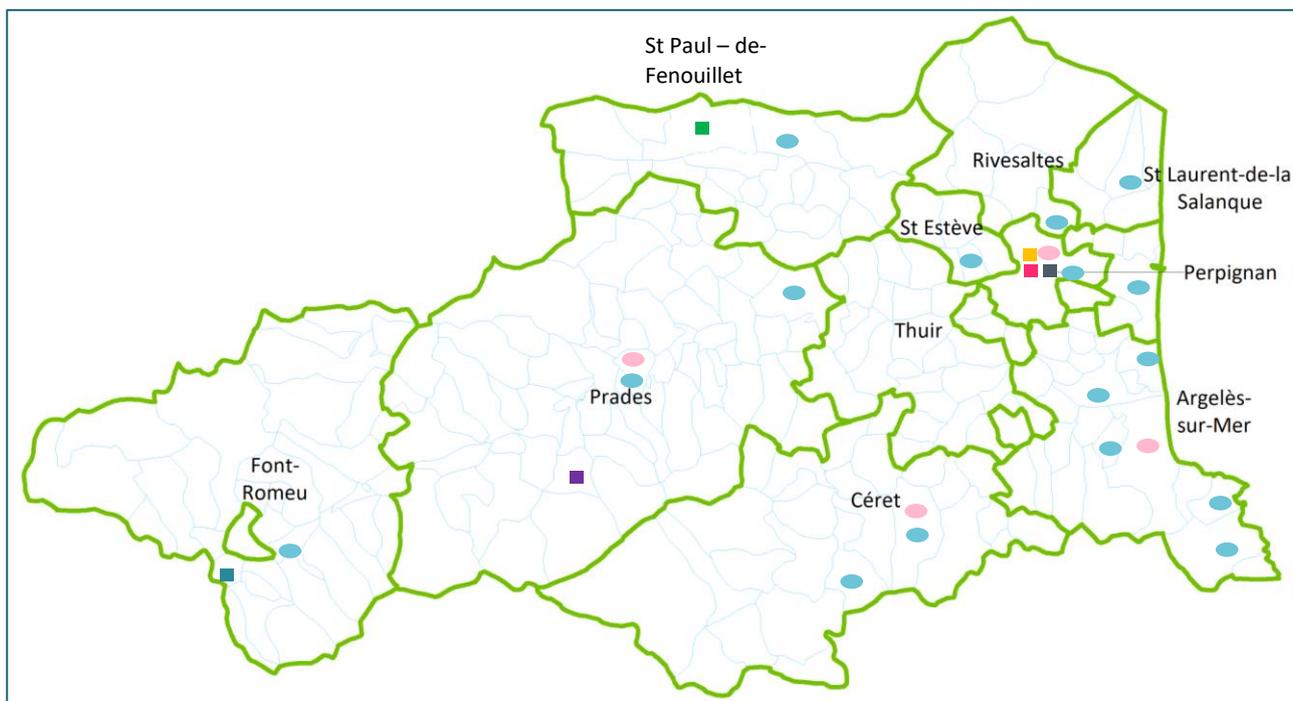


Nom de la structure	Implantation	Autres communes d'implantation	Secteur	Publics	Principaux thèmes ou champs d'intervention
● Apprescerdagne	Osseja	-	Activité physique adaptée	Personnes âgées (PA)	Activité physique adaptée
■ Association Thuir Solidarités	Thuir	-	Social	18-25 ans Familles/femmes PA	Prise en charge et accompagnement Dépistage
■ Association Parenthèse	Perpignan	Elne et Argelès-sur-Mer	Social	12-25 ans Familles	Prise en charge et accompagnement Soutien Parentalité Décrochage scolaire
■ Carsat – Service social	Perpignan	Département	Social	Tout assuré du régime général	Prise en charge et accompagnement
■ CAARUD ASCODE	Perpignan	Département	Médicosocial	Usagers de drogue	Mission réduction des risques
■ Association Fil à Métisser	Perpignan	-	Médicosocial	Tout public	Mission réduction des risques Nutrition Soutien à la parentalité
● MDA 66	Perpignan	St Paul-de-Fenouillet et Céret	Médicosocial	11-25 ans	Soutien à la parentalité Santé mentale
● Maison France Services	Tautavel	-	Collectivité	18 ans ou plus PA/personnes handicapées (PH)	Accès aux droits communs

Sources : CD66, Enquête auprès des acteurs mars à juin 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.3.12 Les structures œuvrant autour de l'accès au logement, à l'insertion professionnelle ou sociale

Carte 30 : Implantation des structures ayant répondu à l'enquête – Missions d'intervention autour du logement, de l'insertion professionnelle ou l'insertion sociale



	Nom de la structure	Implantation	Autres communes d'implantation	Secteur	Publics	Principaux Thèmes ou champs d'intervention
■	Association Solidarité Fenouillèdes	St Paul de Fenouillet	-	Associatif	18 ans ou plus PA/PH	Aide humanitaire
●	Les restaurants du cœur	Perpignan	Amélie, Banyuls, Canet, Céret, Ille-sur-Têt, Elne, St Laurent, Maury, Prades, Saillagouse, Port-Vendres, Pia et St Cyprien	Associatif		Aide humanitaire
■	Association 3 petits tours	Perpignan	-	Associatif	≤ 12 ans Familles	Soutien à la parentalité
■	Association Adil66	Perpignan	Département	Associatif	18 ans ou plus PA/PH	Logement
■	Office Public Habitat66	Perpignan	Département	Établissement public	18 ans ou plus PA/PH	Logement
■	Association ARES	Bourg-Madame	Département	Associatif	18 ans ou plus	Emploi
■	Association El Mener	Sahorre	-	Associatif	18-25 ans PH	Emploi Réduction des risques Santé mentale
●	Pôle Emploi – Céret	Céret	Argelès-sur Mer, Perpignan et Prades	Établissement public	18 ans ou plus Actifs demandeurs d'emploi	Insertion professionnelle

Sources : CD66, Enquête auprès des acteurs mars à juin 2021 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie



3 structures dédiées à l'insertion professionnelle ont cité comme facteurs facilitant l'accès à la santé et aux soins sur leur territoire :

- la proximité de structures de soins (hôpital transfrontalier à Puigcerdá, clinique et un réseau de médecins généralistes et spécialistes à Céret...);
- la volonté des acteurs de faire ensemble.

Les facteurs bloquant sont les difficultés d'accès aux soins et tout particulièrement aux médecins spécialistes (dentaires, ophtalmologie, ...) dans certains territoires sous-dotés.

Est observée une augmentation :

- des demandeurs d'emploi inscrits en 2020 qui :
 - déclarent rencontrer un problème de santé (28 %) ;
 - sont bénéficiaires du RSA (hausse de 13 %) ;
 - sont des demandeurs de longue durée ;
 - font partis des publics les plus fragiles fortement impactés au regard de la reprise d'emploi, constat accentué en raison de la crise sanitaire.
- de candidatures auprès de chantiers d'insertion pour un emploi accompagné ;
- de jeunes à la recherche d'un emploi (12 % des demandeurs d'emploi inscrits en 2020 à Pôle Emploi sont âgés de moins de 26 ans).

Pour les 2 structures dédiées à l'aide humanitaire ayant répondu à l'enquête, elles observent depuis les 5 dernières années une augmentation parmi les personnes accompagnées, de familles en situation de précarité, de bénéficiaires du RSA, de migrants et de personnes sans logement (« *cabanisation* »).

3.4 Agly

3.4.1 Médecins généralistes

○ **Plus d'un quart des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus**

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire de la MSP d'Agly recense :
 → 53 médecins généralistes représentant une densité de 55 pour 100 000 habitants ;
 → 88 % en activité libérale exclusivement ;
 → 28 % des libéraux (exclusivement) sont âgés de 60 ans ou plus et 11 % âgés de moins de 35 ans.
 → 53 ans (± 2 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 49 ans (± 4) pour l'ancien canton de Rivesaltes, 55 ans (± 2) pour l'ancien canton de St Laurent de la Salanque et 52 ans (± 5) pour les autres communes du territoire MSP Agly, Le Fenouillèdes.
 → 60 % des libéraux (exclusivement) sont installés en groupe

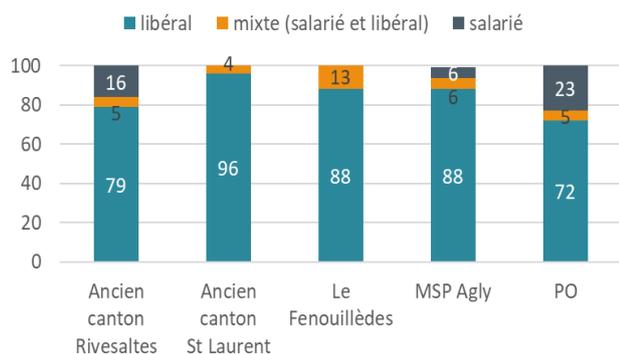
(cabinet en groupe ou MSPP) : 33 % pour l'ancien canton de Rivesaltes, 64 % pour l'ancien canton de St Laurent de la Salanque et 100 % pour les autres communes du territoire MSP Agly, Le Fenouillèdes.



CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels de ce territoire ont souligné lors des concertations que l'Agly constitue un « territoire immense » avec peu de professionnels de santé. Le manque de médecins généralistes conduit à supprimer les gardes en semaine et les maintenir uniquement le week-end. Certains patients se retrouvent sans médecin traitant.

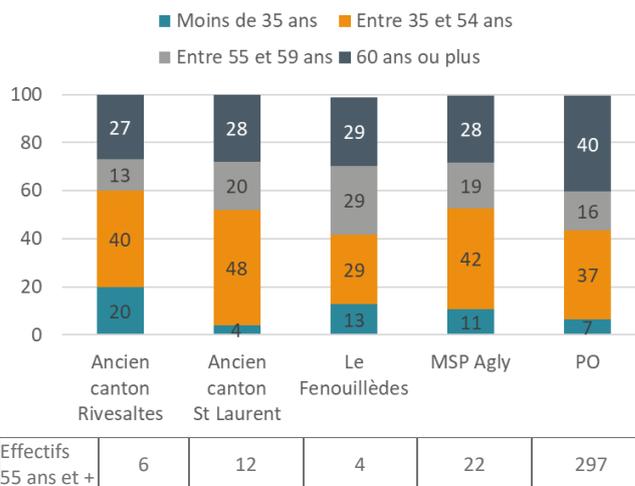
Figure 4 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Figure 5 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



Effectifs 55 ans et +	6	12	4	22	297
-----------------------	---	----	---	----	-----

Tableau 8 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1er janvier 2020

		Ancien Canton Rivesaltes	Ancien Canton St Laurent	Le Fenouillèdes	Territoire MSP Agly	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement	15	25	7	47	527
	Mixte	1	1	1	3	38
	Salariés	3	0	0	3	169
	Ensemble des médecins généralistes	19	26	8	53	734
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	51	92	76	72	111
	Ensemble des médecins généralistes	65	95	87	81	154
Installés en groupe	En libéral exclusivement	5	16	7	28	257
	Effectifs	33 %	64 %	100 %	60 %	49 %

* hors médecins remplaçants Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.4.2 Médecins spécialistes

○ Plus d'un tiers des médecins spécialistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire de la MSP Agly recense :
 → 36 médecins spécialistes représentant une densité de 55 pour 100 000 habitants ;
 → 86 % en activité libérale exclusivement ;
 → 36 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 3 % âgés de moins de 35 ans.
 → 53 ans (± 2 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 47 ans (± 4) pour l'ancien canton de

Rivesaltes, 54 ans (± 2) pour l'ancien canton de St Laurent de la Salanque et 59 ans (± 3) pour les autres communes du territoire MSP Agly (Le Fenouillèdes).
 → 55 % des libéraux (exclusivement) sont installés en groupe (cabinet en groupe ou MSPP) : aucun pour l'ancien canton de Rivesaltes, 75 % pour l'ancien canton de St Laurent de la Salanque et 71 % pour les autres communes du territoire MSP Agly (Le Fenouillèdes).

Figure 6 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)

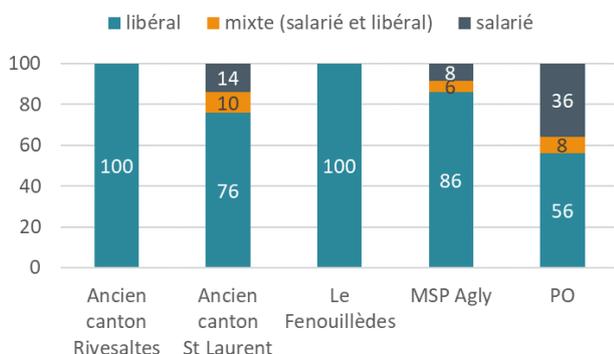
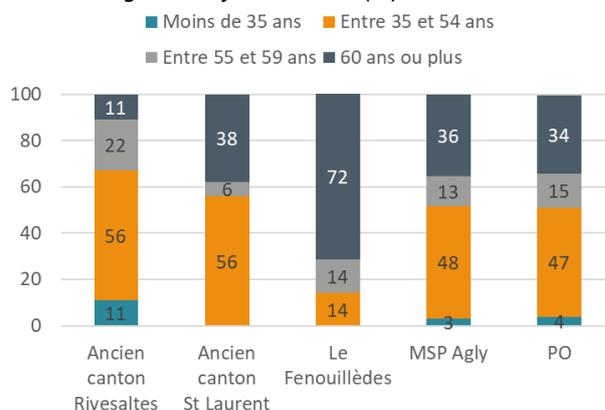


Figure 7 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Effectifs 55 ans et +	3	7	6	15	225
-----------------------	---	---	---	----	-----

Tableau 9 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1^{er} janvier 2020

Au 1 ^{er} janvier 2020			Ancien Canton Rivesaltes	Ancien Canton St Laurent	Le Fenouillèdes	Territoire MSP Agly	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement		9	16	7	31	463
	Mixte		0	2	0	2	67
	Salariés		0	3	0	3	297
	Ensemble des médecins spécialistes		9	21	7	36	827
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement		31	59	76	47	97
	Ensemble des médecins spécialistes		31	77	76	55	174
Installés en groupe	En libéral exclusivement	Effectifs	0	12	5	17	139
		Part en %	0 %	75 %	71 %	55 %	30 %

* hors médecins remplaçants

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

○ **Un accès à certaines des principales spécialités médicales qui peut être limité**

Si on s'intéresse aux spécialités médicales de premiers recours, l'analyse intra-territoriale met en relief des disparités importantes en termes d'accès aux soins spécialisés de proximité.

Dans le territoire de la MSP d'Agly, il n'y a pas de pédiatre, dermatologue et sage-femme exerçant en libéral exclusivement au sein des 3 sous-territoires de proximité. 1 seul psychiatre exerce en libéral exclusivement sur le territoire du Fenouillèdes. Il est âgé de 60 ans, proche d'un départ à la retraite.

3 gynécologues ont une activité exclusivement libérale sur l'ancien canton de St Laurent et Le Fenouillèdes. 2 d'entre eux âgés de 60 ans ou plus sont proches d'un départ à retraite.



CONSTATS-ENJEUX

Le manque de pédiatre est souligné lors de la concertation des professionnelles de la MSP. Il est aussi noté qu'il n'y a pas suffisamment de médecins à l'aise avec les nourrissons qui pourraient prendre le relais. De même, aucun kinésithérapeute n'est spécialisé avec les nourrissons sur le territoire de l'Agly.

Tableau 10 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral selon leur spécialité au 1^{er} janvier 2020

		Ancien Canton Rivesaltes	Ancien Canton St Laurent	Le Fenouillèdes	Territoire MSP Agly	Pyrénées- Orientales
Gynécologues et Obstétriciens	Nombre	0	1	2	3	32
	Part des 60 ans ou +	0	100 %	50 %	67 %	47 %
	Age moyen	0	60 ans	51 ans (± 10)	54 ans (± 7)	53 ans (± 2)
Pédiatres	Nombre	0	0	0	0	9
	Part des 60 ans ou +	0	0	0	0	56 %
	Age moyen	0	0	0	0	57 ans (± 4)
Sage-femmes	Nombre	0	0	0	0	21
	Part des 60 ans ou +	0	0	0	0	1 %
	Age moyen	0	0	0	0	43 ans (± 2)
Chirurgiens- dentistes	Nombre	10	17	3	30	301
	Part des 60 ans ou +	27 %	29 %	0 %	26 %	20 %
	Age moyen	51 ans (± 5)	49 ans (± 3)	38 ans (± 5)	49 ans (± 3)	48 ans (± 1)
Dermatologues	Nombre	0	0	0	0	11
	Part des 60 ans ou +	0	0	0	0	45 %
	Age moyen	0	0	0	0	56 ans (± 3)
Psychiatres	Nombre	0	0	1	1	28
	Part des 60 ans ou +	0	0	100 %	100 %	39 %
	Age moyen	0	0	60	60	56 ans (± 2)

* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.4.3 Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux

- **Un accès de proximité à certaines des principales spécialités paramédicales et aux psychologues qui peut être limité voire inexistant**

Si on s'intéresse aux spécialités paramédicales (hors kinésithérapie) pour lesquelles l'accès aux soins de premier recours est le plus fréquent, l'analyse par sous-territoire met en relief des disparités importantes sur l'offre existante de proximité :

- pour l'ancien canton de Rivesaltes, on observe aucun psychologue en activité et un manque d'infirmiers et d'orthoptistes (densités inférieures à celles observées au niveau départemental) ;
- pour l'ancien canton de St Laurent de la Salanque, on observe aucun ergothérapeute en activité et un manque d'orthophonistes et orthoptistes (densités inférieures à celles observées au niveau départemental) ;
- pour les autres communes de la MSP Agly (Le Fenouillèdes), il n'y a pas de psychologue, d'ergothérapeute et d'orthoptiste en activité et il manque d'orthophonistes (densité inférieure à celle observée au niveau départemental).



CONSTATS-ENJEU

Les professionnelles interrogées lors de la concertation MSP rapportent un nombre d'orthophonistes insuffisant : il faut attendre 6 mois pour un bilan. La prise en charge suit peu car le délai d'attente reste d'environ 1 an. Cela concerne les besoins des enfants, mais également ceux des personnes âgées.

Tableau 11 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants

		Ancien Canton Rivesaltes	Ancien Canton St Laurent	Le Fenouillèdes	Territoire MSP Agly	Pyrénées-Orientales
Infirmier	Nombre	119	119	41	278	2 073
	Densité**	408	437	447	424	435
Orthophoniste	Nombre	13	7	2	22	154
	Densité**	45	26	22	34	32
Psychologue	Nombre	0	2	0	2	26
	Densité**	0	7	0	3	5
Orthoptiste	Nombre	5	3	0	8	145
	Densité**	17	11	0	12	30
Ergothérapeute	Nombre	2	0	0	2	13
	Densité**	7	0	0	3	3
Psychomotricien	Nombre	2	2	1	5	19
	Densité**	7	7	11	8	4

* hors professionnels remplaçants ** nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants

Précisions : les professionnels de santé peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des professionnels de santé par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.5 Perpignan

3.5.1 Médecins généralistes

o **Plus d'un quart des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus**

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire MSP Perpignan recense :
 → 466 médecins généralistes représentant une densité de 236 pour 100 000 habitants ;
 → 58 % en activité libérale exclusivement ;
 → 43 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 6 % âgés de moins de 35 ans ;
 → 55 ans (± 1 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 54 ans (± 2) pour le territoire de la MSP Perpignan Nord, 57 ans (± 1) pour la ville de Perpignan et 50 ans (± 2) pour le territoire MSP Perpignan Sud.
 → 49 % des libéraux (exclusivement) sont installés en groupe cabinet en groupe ou MSPP : 63 % pour le territoire

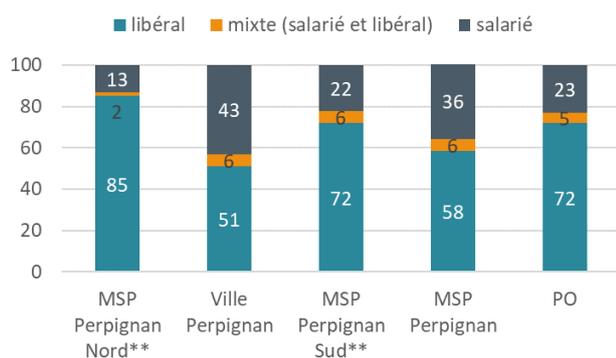
MSP Perpignan Nord, 41 % pour la ville de Perpignan et 58 % pour le territoire MSP Perpignan Sud.



CONSTATS-ENJEUX

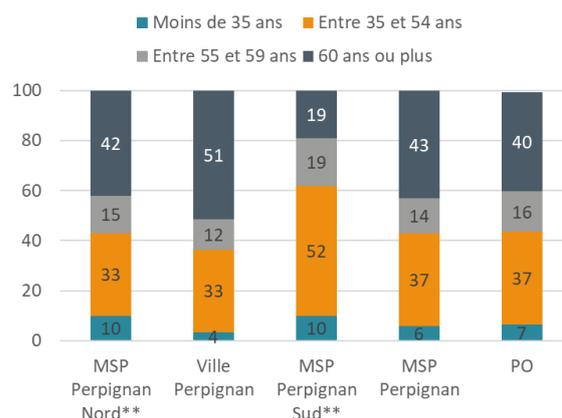
Le nombre de médecins généralistes selon les professionnels interrogés du territoire MSP Perpignan ne signifie pas qu'ils soient disponibles. Certains médecins partent à la retraite et ne sont pas remplacés. À Canet, l'accès à des médecins généralistes s'avère particulièrement compliqué. Des patients n'ayant pas de médecins traitants mobilisent des plages horaires programmées pour les urgences pour une consultation médicale.

Figure 8 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)



* hors médecins remplaçants ** hors ville de Perpignan
 Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Figure 9 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



Effectifs 55 ans et +	MSP Perpignan Nord**	Ville Perpignan	MSP Perpignan Sud**	MSP Perpignan	PO
	30	110	20	156	297

Tableau 12 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1^{er} janvier 2020

		Perpignan Nord **	Ville Perpignan	Perpignan Sud**	Territoire MSP Perpignan	Pyrénées-Orientales	
Nombre	Libéral exclusivement	52	173	52	272	527	
	Mixte	1	21	4	25	38	
	Salariés	8	148	16	169	169	
	Ensemble des médecins généralistes	61	342	72	466	734	
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	105	145	183	138	111	
	Ensemble des médecins généralistes	123	287	253	236	154	
Installés en groupe	En libéral exclusivement	Effectifs	33	71	30	133	257
		Part en %	63 %	41 %	58 %	49 %	49 %

* hors médecins remplaçants ** hors ville de Perpignan
 Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

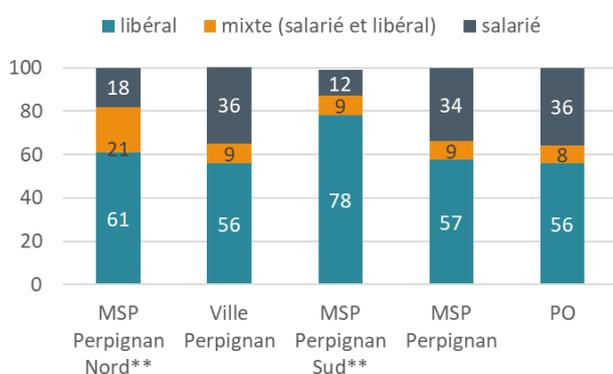
3.5.2 Médecins spécialistes

○ Plus d'un tiers des médecins spécialistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire MSP Perpignan recense :
 → 713 médecins spécialistes représentant une densité de 362 pour 100 000 habitants ;
 → 57 % en activité libérale exclusivement ;
 → 32 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 4 % âgés de moins de 35 ans ;
 → 53 ans (± 1 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 55 ans (± 2) pour le territoire de la MSP

Perpignan Nord, 53 ans (± 1) pour la ville de Perpignan et 51 ans (± 1) pour le territoire MSP Perpignan Sud.
 → 31 % des libéraux (exclusivement) sont installés en groupe (cabinet en groupe ou MSPP) : 17 % pour le territoire de la MSP Perpignan Nord, 26 % pour la ville de Perpignan et 58 % pour le territoire MSP Perpignan Sud.

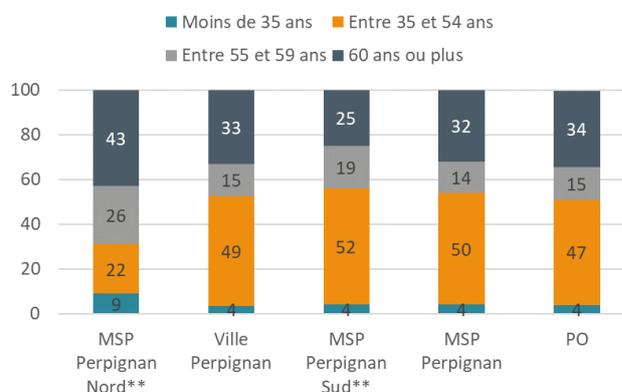
Figure 10 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Figure 11 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



Effectifs 55 ans et +	16	163	48	189	225
-----------------------	----	-----	----	-----	-----

Tableau 13 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1^{er} janvier 2020

		Perpignan Nord **	Ville Perpignan	Perpignan Sud**	Territoire MSP Perpignan	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement	23	344	109	409	463
	Mixte	8	55	13	63	67
	Salariés	7	220	17	241	297
Ensemble des médecins spécialistes		38	619	139	713	827
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	47	289	383	208	97
	Ensemble des médecins spécialistes	77	519	489	362	174
Installés en groupe	En libéral exclusivement	4	90	63	125	139
	Effectifs					
	Part en %	17 %	26 %	57 %	31 %	30 %

* hors médecins remplaçants ** hors commune de Perpignan

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

○ **Un accès à certaines des principales spécialités médicales qui peut être limité**

Si on s'intéresse aux spécialités médicales pour lesquelles l'accès direct sans passer par le médecin traitant est possible, on observe que dans 8 cas sur 10, les médecins spécialistes exercent une activité exclusivement libérale sur la ville de Perpignan. Les 5 spécialités de premiers recours (gynécologie, pédiatrie, dentaire, dermatologie et psychiatrie) y sont représentées. Il y a également un gériatre âgé de 72 ans (le seul médecin ayant cette spécialisation sur le département).

La moyenne d'âge des médecins spécialisés en gynécologie, pédiatrie, dermatologie ou psychiatrie est proche, voire supérieure à 55 ans.



CONSTATS-ENJEUX

Les professionnels libéraux interrogés en concertation font état de délais particulièrement longs.

La crise liée à l'épidémie Covid-19 a particulièrement allongé les délais pour obtenir une consultation avec un dermatologue pouvant aller jusqu'à 18 mois.

De même, pour les échographies non-urgentes, plusieurs mois sont nécessaires pour les réaliser sur le territoire perpignanais.

Tableau 14 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral et densité pour 100 000 habitants selon leur spécialité au 1^{er} janvier 2020

		Perpignan Nord **	Ville Perpignan	Perpignan Sud**	Territoire MSP Perpignan	Pyrénées-Orientales
Gynécologues et Obstétriciens	Nombre	2	25	6	29	32
	Part des 60 ans ou +	0	44 %	33 %	45 %	47 %
	Age moyen	39 ans (± 3)	52 ans (± 3)	53 ans (± 3)	53 ans (± 2)	53 ans (± 2)
Pédiatres	Nombre	1	6	4	8	9
	Part des 60 ans ou +	0 %	67 %	25 %	50 %	56 %
	Age moyen	46 ans	61 ans (± 3)	52 ans (± 6)	57 ans (± 4)	57 ans (± 4)
Sage-femmes	Nombre	4	5	1	10	21
	Part des 60 ans ou +	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
	Age moyen	37 ans (± 4)	42 ans (± 4)	52 ans	41 ans (± 3)	43 ans (± 2)
Chirurgiens-dentistes	Nombre	34	92	34	159	301
	Part des 60 ans ou +	24 %	18 %	7 %	17 %	20 %
	Age moyen	47 ans (± 3)	49 ans (± 1)	41 ans (± 2)	47 ans (± 1)	48 ans (± 1)
Dermatologues	Nombre	1	6	3	10	11
	Part des 60 ans ou +	100 %	67 %	0 %	50 %	45 %
	Age moyen	66 ans	61 ans (± 3)	49 ans (± 4)	58 ans (± 3)	56 ans (± 3)
Psychiatres	Nombre	2	16	8	26	28
	Part des 60 ans ou +	0	56 %	13 %	38 %	39 %
	Age moyen	47 ans (± 13)	57 ans (± 2)	55 ans (± 3)	56 ans (± 2)	56 ans (± 2)
Gériatres	Nombre	0	1	0	1	1
	Part des 60 ans ou +	0	100 %	0	100 %	100 %
	Age moyen	0	72 ans	0	72 ans	72 ans

* hors médecins remplaçants ** hors commune de Perpignan

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.5.3 Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux

- **Un accès de proximité à certaines des principales spécialités paramédicales et aux psychologues qui peut être limité voire inexistant**

Si on s'intéresse aux spécialités paramédicales (hors kinésithérapie) pour lesquelles l'accès aux soins de premier recours est le plus fréquent, l'analyse par sous-territoire met en relief des disparités importantes sur l'offre existante de proximité :

- pour le territoire de la MSP Perpignan Nord (hors ville Perpignan), on observe un manque d'orthophonistes, de psychologues et d'ergothérapeutes (densités inférieures à celles observées au niveau départemental) ;
- pour la ville de Perpignan, on observe un manque d'orthophonistes (densité inférieure à celle observée au niveau départemental) et des densités supérieures à celles observées au niveau départemental pour les autres spécialités paramédicales analysées (infirmiers, psychologues, orthoptistes, ergothérapeutes et psychomotriciens) ;
- pour le territoire de la MSP Perpignan Sud (hors ville Perpignan), on observe des densités supérieures à celles observées au niveau départemental pour l'ensemble des spécialités paramédicales analysées (infirmiers, orthophonistes, psychologues, orthoptistes, ergothérapeutes et psychomotriciens).

Tableau 15 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants

		Perpignan Nord **	Ville Perpignan	Perpignan Sud**	Territoire MSP Perpignan	Pyrénées-Orientales
Infirmier	Nombre	224	592	179	945	2 073
	Densité**	453	497	629	480	435
Orthophoniste	Nombre	15	34	17	65	154
	Densité***	30	29	60	33	32
Psychologue	Nombre	2	19	3	22	26
	Densité***	4	16	11	3	5
Orthoptiste	Nombre	23	76	20	109	145
	Densité***	47	64	70	55	30
Ergothérapeute	Nombre	1	5	4	8	13
	Densité***	2	4	14	3	3
Psychomotricien	Nombre	4	10	1	12	19
	Densité***	8	8	4	8	4

* hors professionnels remplaçants ** hors commune de Perpignan *** nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants

Précisions : les professionnels de santé peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des professionnels de santé par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.6 Tech

3.6.1 Médecins généralistes

○ Plus d'un quart des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire des MSP du Tech :

- 169 médecins généralistes représentant une densité de 140 pour 100 000 habitants ;
- 86 % en activité libérale exclusivement ;
- 45 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 5 % âgés de moins de 35 ans ;

→ 56 ans (± 1 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 54 ans (± 1) pour le territoire MSP Côte Vermeille et 59 ans (± 1) pour le territoire de la MSP Vallespir ;

→ 45 % des libéraux sont installés en groupe (cabinet en groupe ou MSPP) : 57 % pour le territoire MSP Côte Vermeille et 25 % pour le territoire de la MSP Vallespir.

Figure 12 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)

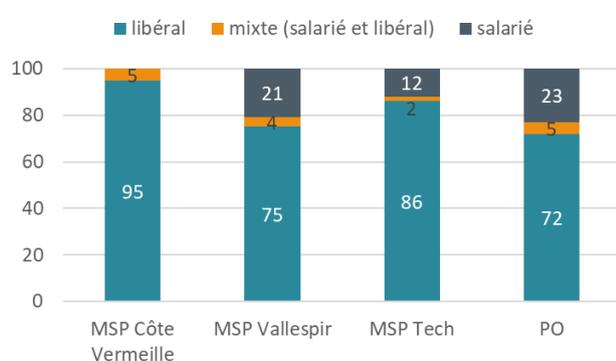
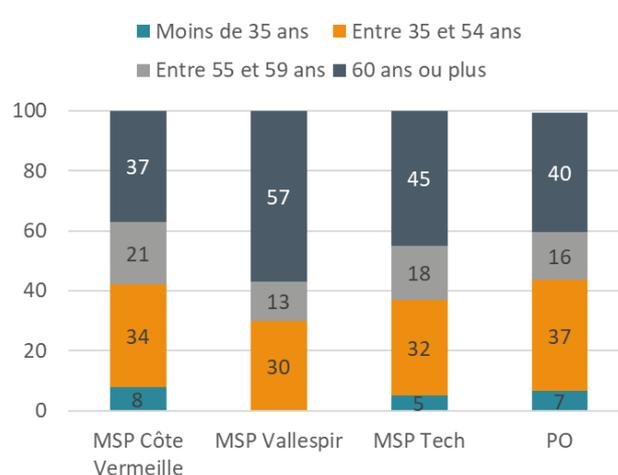


Figure 13 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Effectifs 55 ans et +	52	39	91	297

Tableau 16 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1er janvier 2020

		Côte Vermeille	Vallespir	Territoire MSP Tech	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement	89	56	145	527
	Mixte	5	3	3	38
	Salariés	0	16	21	169
	Ensemble des médecins généralistes	94	75	169	734
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	101	175	120	111
	Ensemble des médecins généralistes	106	234	140	154
Installés en groupe	En libéral exclusivement	51	14	65	257
	Effectifs				
	Part en %	57 %	25 %	45 %	49 %

* hors médecins remplaçants

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.6.2 Médecins spécialistes

○ **Plus d'un tiers des médecins spécialistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus**

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire du Tech recense :
 → 105 médecins spécialistes représentant une densité de 87 pour 100 000 habitants ;
 → 68 % en activité libérale exclusivement ;
 → 24 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 1 % âgés de moins de 35 ans ;

→ 51 ans (± 1 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 50 ans (± 1) pour le territoire MSP Côte Vermeille et 51 ans (± 2) pour le territoire de la MSP Vallespir ;
 → 44 % des libéraux sont installés en groupe (cabinet en groupe ou MSP) : 47 % pour le territoire MSP Côte Vermeille et 52 % pour le territoire de la MSP Vallespir.

Figure 14 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)

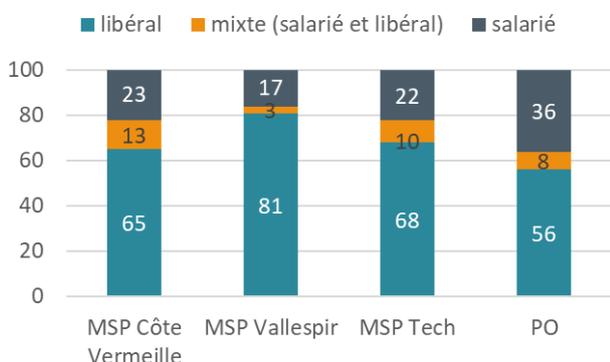
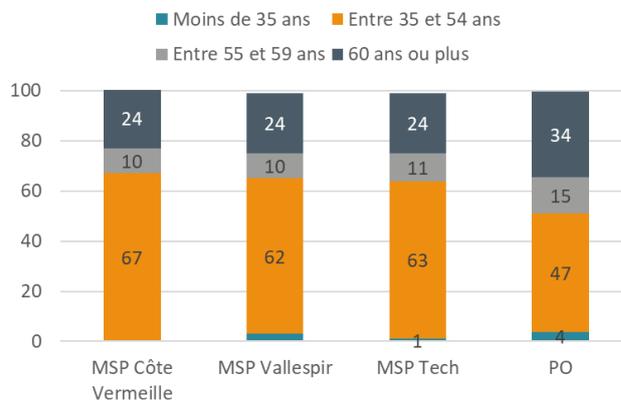


Figure 15 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Effectifs 55 ans et +	17	10	25	225
-----------------------	----	----	----	-----

Tableau 17 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1^{er} janvier 2020

		Côte Vermeille	Vallespir	Territoire MSP Tech	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement	51	29	71	463
	Mixte	10	1	11	67
	Salariés	18	6	23	297
Ensemble des médecins spécialistes		79	36	105	827
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	89	112	87	97
	Ensemble des médecins spécialistes	58	90	59	174
Installés en groupe	En libéral exclusivement	24	15	31	139
	Part en %	47 %	52 %	44 %	30 %

* hors médecins remplaçants

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

○ **Un accès à certaines des principales spécialités médicales qui peut être limité**

Si on s'intéresse aux spécialités médicales de premiers recours, l'analyse intra-territoriale met en relief des disparités importantes en termes d'accès aux soins spécialisés de proximité.

Dans le territoire de la MSP du Vallespir, on recense une sage-femme et aucun gynécologue, pédiatre, dermatologue et psychiatre exerçant en libéral exclusivement.

1 seul pédiatre et 2 gynécologues exercent en libéral exclusivement sur la Côte Vermeille. Ils sont âgés de 55 ans ou plus.

3 gynécologues ont une activité exclusivement libérale sur l'ancien canton de St Laurent et Le Fenouillèdes. 2 d'entre eux âgés de 60 ans ou plus sont proches d'un départ à retraite.



CONSTATS-ENJEUX

Selon les professionnels interrogés, la population du territoire MSP Tech dépend d'un nombre très restreint de spécialistes ce qui entraîne des absences ou des ruptures de suivi.

Le seul psychiatre du territoire exerce au CMP de Céret et le délai est important pour y accéder.

Le seul neurologue est parti à la retraite récemment et n'a pas été remplacé.

Tableau 18 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral et densité pour 100 000 habitants selon leur spécialité au 1^{er} janvier 2020

		Côte Vermeille	Vallespir	Territoire MSP Tech	Pyrénées-Orientales
Gynécologues et Obstétriciens	Nombre	2	0	2	32
	Part des 60 ans ou +	50 %	0	50 %	47 %
	Age moyen	59 ans (± 2)	0	59 ans (± 2)	53 ans (± 2)
Pédiatres	Nombre	1	0	1	9
	Part des 60 ans ou +	100 %	0 %	100 %	56 %
	Age moyen	63 ans	0	63 ans	57 ans (± 4)
Sage-femmes	Nombre	5	1	6	21
	Part des 60 ans ou +	0 %	0 %	0 %	1 %
	Age moyen	39 ans (± 5)	51 ans	41 ans (± 4)	43 ans (± 2)
Chirurgiens-dentistes	Nombre	56	24	80	301
	Part des 60 ans ou +	17 %	24 %	19 %	20 %
	Age moyen	48 ans (± 1)	47 ans (± 1)	48 ans (± 1)	48 ans (± 1)
Dermatologues	Nombre	1	0	1	11
	Part des 60 ans ou +	0 %	0 %	0 %	45 %
	Age moyen	36 ans	0	36 ans	56 ans (± 3)
Psychiatres	Nombre	5	0	5	28
	Part des 60 ans ou +	20 %	0 %	20 %	39 %
	Age moyen	51 ans (± 5)	0	51 ans (± 5)	56 ans (± 2)

* hors médecins remplaçants

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.6.3 Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux

- **Un accès de proximité à certaines des principales spécialités paramédicales et aux psychologues qui peut être limité voire inexistant**

Si on s'intéresse aux spécialités paramédicales (hors kinésithérapie) pour lesquelles l'accès aux soins de premier recours est le plus fréquent, l'analyse par sous-territoire met en relief des disparités importantes sur l'offre existante de proximité :

- pour le territoire de la MSP Côte Vermeille, on observe un manque d'orthoptistes (densité inférieure à celle observée au niveau départemental) ;
- pour le territoire de la MSP Vallespir, un manque de psychologues, d'orthoptistes et de psychomotriciens (densités inférieures à celles observées au niveau départemental).



CONSTATS-ENJEUX

Comme sur d'autres territoires, le manque d'orthophoniste est largement souligné lors des entretiens avec les professionnels du territoire MSP Tech.

Tableau 19 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants

		Côte Vermeille	Vallespir	Territoire MSP Tech	Pyrénées-Orientales
Infirmier	Nombre	411	190	598	2 073
	Densité**	464	593	496	435
Orthophoniste	Nombre	33	12	45	154
	Densité**	37	37	37	32
Psychologue	Nombre	5	1	6	26
	Densité**	6	3	5	5
Orthoptiste	Nombre	23	6	28	145
	Densité**	26	19	23	30
Ergothérapeute	Nombre	4	2	5	13
	Densité**	5	6	4	3
Psychomotricien	Nombre	4	1	5	19
	Densité**	5	3	4	4

* hors professionnels remplaçants ** nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants

Précisions : les professionnels de santé peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des professionnels de santé par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREA-ORS Occitanie

3.7 Têt

3.7.1 Médecins généralistes

o Plus d'un quart des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire de Perpignan recense :
 → 119 médecins généralistes représentant une densité de 128 pour 100 000 habitants ;
 → 67 % en activité libérale exclusivement ;
 → 31 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 9 % âgés de moins de 35 ans ;
 → 53 ans (± 1 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 54 ans (± 2) pour le territoire de la MSP Aspres-Ribéral, 55 ans (± 2) pour le territoire de la MSP

Conflent et 47 ans (± 4) pour le territoire de la MSP Cerdagne-Capcir ;
 → 48 % des libéraux (exclusivement) sont installés en groupe (cabinet en groupe ou MSP) : 47 % pour le territoire de la MSP Aspres-Ribéral, 39 % pour le territoire de la MSP Conflent et 63 % pour le territoire de la MSP Cerdagne-Capcir.

Figure 16 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)

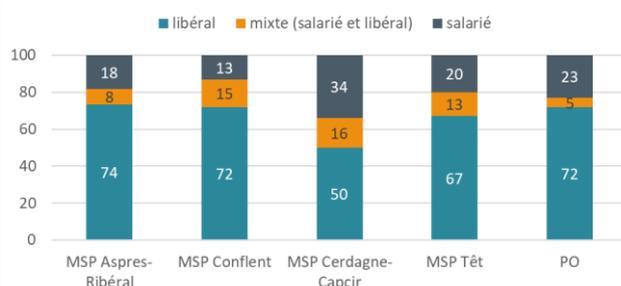
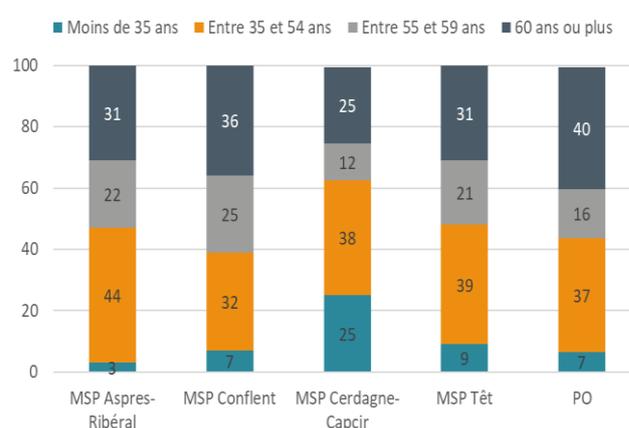


Figure 17 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Effectifs 55 ans et +	MSP Aspres-Ribéral	MSP Conflent	MSP Cerdagne-Capcir	MSP Têt	PO
	19	17	6	42	297

Tableau 20 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1er janvier 2020

		Aspres-Ribéral	Conflent	Cerdagne-Capcir	Territoire MSP Têt	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement	36	28	16	80	527
	Mixte	4	6	5	15	38
	Salariés	9	5	11	24	169
	Ensemble des médecins généralistes	49	39	32	119	734
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement	73	96	110	86	111
	Ensemble des médecins généralistes	99	134	220	128	154
Installés en groupe	En libéral exclusivement	17	11	10	38	257
	Effectifs	17	11	10	38	257
	Part en %	47 %	39 %	63 %	48 %	49 %

* hors médecins remplaçants

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

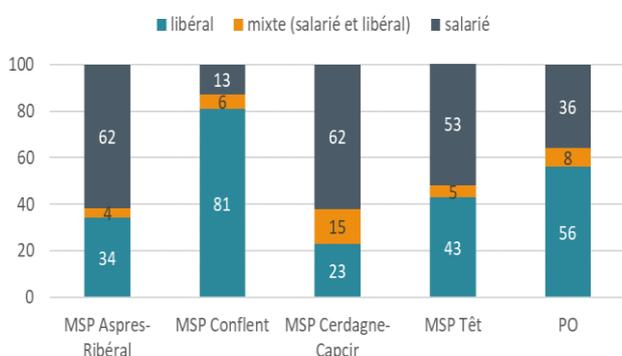
3.7.2 Médecins spécialistes

○ Plus d'un tiers des médecins spécialistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus

Au 1^{er} janvier 2020, le territoire de la Têt recense :
 → 127 médecins spécialistes représentant une densité de 136 pour 100 000 habitants ;
 → 43 % en activité libérale exclusivement ;
 → 35 % des libéraux sont âgés de 60 ans ou plus et 2 % âgés de moins de 35 ans ;
 → 55 ans (± 1 ans) est l'âge moyen des libéraux (exclusivement) : 53 ans (± 1) pour le territoire de la MSP

Aspres-Ribéral, 55 ans (± 2) pour le territoire de la MSP Conflent et 62 ans (± 3) pour le territoire de la MSP Cerdagne-Capcir ;
 → 44 % des libéraux (exclusivement sont installés en groupe (cabinet en groupe ou MSPP) : 81 % pour le territoire de la MSP Aspres-Ribéral, 8 % pour le territoire de la MSP Conflent et 17 % pour le territoire de la MSP Cerdagne-Capcir.

Figure 18 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)



* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Figure 19 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1^{er} janvier 2020 (%)

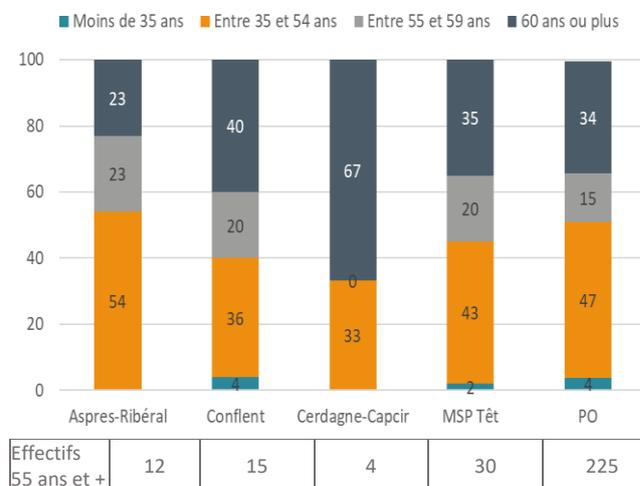


Tableau 21 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1^{er} janvier 2020

			Aspres-Ribéral	Conflent	Cerdagne-Capcir	Territoire MSP Têt	Pyrénées-Orientales
Nombre	Libéral exclusivement		26	25	6	54	463
	Mixte		3	2	4	6	67
	Salariés		47	4	16	67	297
	Ensemble des médecins spécialistes		76	31	26	127	827
Densité pour 100 000 hab.	Libéral exclusivement		53	86	41	58	97
	Ensemble des médecins spécialistes		154	106	179	136	174
Installés en groupe	En libéral exclusivement	Effectifs	21	2	1	24	139
		Part en %	81 %	8 %	17 %	44 %	30 %

* hors médecins remplaçants

Précisions : les médecins peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre de médecins calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des médecins par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

○ **Un accès à certaines des principales spécialités médicales qui peut être limité**

Si on s'intéresse aux spécialités médicales de premiers recours, l'analyse intra-territoriale met en relief des disparités importantes en termes d'accès aux soins spécialisés de proximité.

Dans le territoire des MSP de la Têt, on recense 56 sage-femmes et aucun gynécologue, pédiatre et dermatologue exerçant en libéral exclusivement.

1 seul psychiatre exerce en libéral exclusivement sur la Aspres-Ribéral. Il est âgé de plus de 55 ans.

Pour le territoire Cerdagne-Capcir, il faut tenir compte d'un accès de ses habitants aux soins proposé par l'hôpital transfrontalier de Puigcerda pour lequel une convention partenariale existe afin d'avoir accès tout particulièrement à des accompagnements de suivi de grossesse réalisés par des gynécologues catalans.

Tableau 22 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral et densité pour 100 000 habitants selon leur spécialité au 1^{er} janvier 2020

		Aspres-Ribéral	Conflent	Cerdagne-Capcir	Territoire MSP Têt	Pyrénées-Orientales
Gynécologues et Obstétriciens	Nombre	0	0	0	0	32
	Part des 60 ans ou +	0	0	0	0	47 %
	Age moyen	0	0	0	0	53 ans (± 2)
Pédiatres	Nombre	0	0	0	0	9
	Part des 60 ans ou +	0	0	0	0	56 %
	Age moyen	0	0	0	0	57 ans (± 4)
Sage-femmes	Nombre	3	3	0	6	21
	Part des 60 ans ou +	0 %	20 %	0 %	10 %	1 %
	Age moyen	36 ans (± 1)	59 ans (± 1)	0	47 ans (± 5)	43 ans (± 2)
Chirurgiens-dentistes	Nombre	17	10	8	35	301
	Part des 60 ans ou +	18 %	27 %	50 %	28 %	20 %
	Age moyen	50 ans (± 2)	51 ans (± 4)	56 ans (± 4)	51 ans (± 2)	48 (± 1)
Dermatologues	Nombre	0	0	0	0	11
	Part des 60 ans ou +	0	0	0	0	45 %
	Age moyen	0	0	0	0	56 ans (± 3)
Psychiatres	Nombre	1	0	0	1	28
	Part des 60 ans ou +	0 %	0 %	0 %	0 %	39 %
	Age moyen	58 ans	0	0	58 ans	56 ans (± 2)

* hors médecins remplaçants

Sources : DREES – RPPS 2020 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

3.7.3 Professionnels de santé paramédicaux et psychologues libéraux

- **Un accès de proximité à certaines des principales spécialités paramédicales et aux psychologues qui peut être limité voire inexistant**

Si on s'intéresse aux spécialités paramédicales (hors kinésithérapie) pour lesquelles l'accès aux soins de premier recours est le plus fréquent, l'analyse par sous-territoire met en relief des disparités importantes sur l'offre existante de proximité :

- pour le territoire de la MSP Aspres-Ribéral, on observe aucun ergothérapeute en activité et un manque d'orthophonistes (densité inférieure à celle observée au niveau départemental) ;
- pour le territoire de la MSP Conflent, on observe un manque de psychologues, d'orthoptistes et de psychomotriciens (densités inférieures à celles observées au niveau départemental) ;
- pour le territoire de la MSP Cerdagne-Capcir, il n'y a pas d'ergothérapeute et de psychomotricien en activité et il manque des infirmiers (densité inférieure à celle observée au niveau départemental).

Tableau 23 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants

		Aspres-Ribéral	Conflent	Cerdagne-Capcir	Territoire MSP Têt	Pyrénées-Orientales
Infirmier	Nombre	244	132	39	411	2 073
	Densité**	493	452	269	441	435
Orthophoniste	Nombre	11	10	6	27	154
	Densité**	22	34	41	29	32
Psychologue	Nombre	3	1	1	4	26
	Densité**	6	3	7	4	5
Orthoptiste	Nombre	19	7	7	31	145
	Densité**	38	24	48	33	30
Ergothérapeute	Nombre	0	2	0	2	13
	Densité**	0	7	0	2	3
Psychomotricien	Nombre	6	1	0	6	19
	Densité**	12	3	0	6	4

* hors professionnels remplaçants ** nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants

Précisions : les professionnels de santé peuvent avoir plusieurs lieux d'activité. De ce fait, le nombre calculé au niveau du territoire MSP n'est pas égal à la somme des professionnels de santé par sous-territoire.

Sources : DREES – RPPS 2020, Insee RP 2018 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

4/ DYNAMIQUES EXISTANTES AUTOUR DE PROJETS OU DISPOSITIFS EN COURS

Au moment de la réalisation de cette démarche confiée au CREAL-ORS Occitanie, plusieurs actions citées ci-après étaient engagées en cours ou en développement (attention, cette liste, élaborée à partir d'éléments recueillis lors d'entretiens téléphoniques, concertations ou de documents transmis par le Département, n'est sûrement pas exhaustive) :

4.1.1 Les actions du Département mises en œuvre, en cours ou en développement

► **Des actions de modernisation et de structuration de dispositifs existants** : un diagnostic territorial sur la base d'un état des lieux de l'offre en SAAD est en cours de production.

► **Des actions engagées pour renforcer la coordination des acteurs de la santé**

- **la CFPPA (conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie) des Pyrénées-Orientales pilotée par le Conseil Départemental** pour accompagner et développer des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie permettant de diversifier les modalités de réponses aux besoins repérés chez les personnes âgées de 60 ans ou plus.

La CFPPA lance des appels à initiative pour répondre régulièrement aux sollicitations concernant la prévention, la santé des personnes âgées et tout particulièrement la perte d'autonomie. De nombreuses actions ont été mises en place en ce sens dont les thématiques les plus courantes² sont : la santé globale/bien vieillir (nutrition, mémoire et sommeil), l'activité physique/équilibre/chutes, bien être/estime de soi, lien social, habitat/cadre de vie, mobilité dont sécurité routière, accès aux droits et préparation à la retraite.

- **le Dispositif d'appui à la coordination (DAC), projet en cours avec une participation active du Département.** La mise en œuvre opérationnelle des DAC d'ici 2022 est lancée et accompagnée par l'ARS Occitanie en accord avec le cadre national d'orientation issue de la Stratégie Nationale de Santé « Ma Santé 2022 ». Les acteurs des parcours complexes, du maintien à domicile et de la perte d'autonomie, c'est-à-dire PTAc, réseaux de santé, MAIA, CTA, voire les CLIC, sur décision du Conseil Départemental, ont vocation à fusionner d'ici 2022 afin de former les DAC des parcours de santé complexes. Dans les Pyrénées-Orientales, 7 structures ou dispositifs sont concernées par le DAC : 1 PTAc, 2 MAIA, 2 PAERPA et voire 2 CLIC sous décision du Conseil Départemental.

Actuellement, la coordination départementale et la gestion des situations complexes est assurée par la plateforme territoriale d'appui et de coordination (PTAc66). En complément, les 2 MAIA sont chargées de faciliter le travail des professionnels qui accompagnent des personnes âgées en situation de perte d'autonomie et dans leur maintien à domicile.

- **le cofinancement de contrats locaux de santé.** Le contrat local de santé (CLS) est un dispositif qui permet de coordonner l'ensemble des acteurs de secteurs différents à des thématiques spécifiques. Son objectif principal est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en proposant des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. À ce titre, il existe 3 CLS co-financés par l'ARS Occitanie et les EPCI des territoires concernés dans les Pyrénées-Orientales dont 2 d'entre eux sont également cofinancés par le Département :

² CFPPA des personnes âgées dans les Pyrénées-Orientales, CD66, rapport sur son fonctionnement en 2020, 31 mai 2021, 12p

→ CLS Cerdagne Capcir Haut-Conflent (CC Pyrénées-Catalanes et CC Pyrénées Cerdagne) avec 6 thématiques prioritaires³ dont une porte sur l'accès aux droits et aux soins et une autre sur les « addictions : de la prévention aux soins » ;

→ CLS Agly-Fenouillèdes (CC Agly-Fenouillèdes) avec 7 axes stratégiques dont un axe thématique qui porte sur l'offre de santé tous publics.

Une préfiguration de cofinancement d'un quatrième CLS porté par les CC Vallespir et Haut-Vallespir est en cours.

- **la Cellule d'appui ville/hôpital pour les situations complexes** portée par la PTAc66 avec la participation active du Département.
- **le Projet PEGASE (Protocole de santé standardisé appliqué aux Enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance)** porté par l'institut départemental de l'enfance et de l'adolescence (IDEA).

► Des actions pour renforcer le développement d'outils communs

- **le futur DAC** : développer des outils communs pour rendre le parcours de soin plus fluide et cohérent ;
- **l'e-santé Occitanie** : développement en cours d'un compteur utilisateurs pour les agents du Département pour leur permettre d'échanger des données sécurisées via Medimail (Évaluation APA...).

► **Des actions « aide aux communes »** en cours permettant de soutenir financièrement la création de MSPP ou centre de santé.

► Des actions mises en œuvre pour faciliter le suivi de populations spécifiques

- **Des liens existants entre la PMI et des partenaires** pour faciliter le suivi des grossesses, des nouveau-nés et des enfants âgés de 0 à 6 ans et de pallier au nombre insuffisant de professionnels de santé spécialisés en périnatalité (pédiatres, gynécologues, sage-femmes...) dans des territoires sous-dotés. Par rapport aux retours effectués par les professionnels interrogés, la PMI a construit des liens avec :
 - les 2 maternités de l'hôpital de Perpignan et la Clinique méditerranée ;
 - Addiction France (ex. ANPAA, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) ;
 - la médecine et le service social de l'Université de Perpignan pour les étudiantes boursières ;
 - les différents partenaires hospitaliers (CH Thuir, CMP, CAMPS...). Par exemple, elle tient une permanence au CMP de Canet. Sur le territoire de la MSP Têt, un médecin pédiatre de PMI est salarié à l'hôpital à mi-temps et à mi-temps à la PMI. Ceci permet de faire du lien entre les équipes hospitalières et les travailleurs sociaux de la MSP.
- **Un dispositif porté par le service CDPI de la Direction des Solidarités du Conseil Départemental** pour accompagner les bénéficiaires du RSA autour de la santé et le recours aux soins. Des partenariats étroits ont été construits avec la CPAM (Mission d'Accompagnement Santé), des médecins généralistes (une liste a été établie), les assistantes sociales, la PASS et la MDPH qui permettent de travailler plus facilement sur l'ensemble des facteurs bloquants à l'inclusion sociale des bénéficiaires du RSA (renoncement aux soins, addictions, logement inadapté, rupture dans l'accès au droit commun...) et tout particulièrement sur l'accès aux soins. À ce titre, ce service

³ ARS Occitanie, les CLS en Occitanie <https://www.occitanie.ars.sante.fr/contrats-locaux-de-sante-13>

coordonne le parcours de soins des bénéficiaires du RSA qu'il accompagne et prend directement rendez-vous avec le secrétariat des médecins généralistes, partenaires de ce dispositif. Il a été précisé par les professionnels interrogés que ce dispositif fonctionne correctement à Perpignan, Céret et sur les territoires de l'Agly, la Côte Vermeille et la Cerdagne.

- **Une convention signée entre le Département, la gendarmerie et la police nationale permettant l'accompagnement de femmes de victimes conjugales par des assistantes sociales (subventionnées à 50 % par le Département).**

4.1.2 Les actions portées par des acteurs locaux

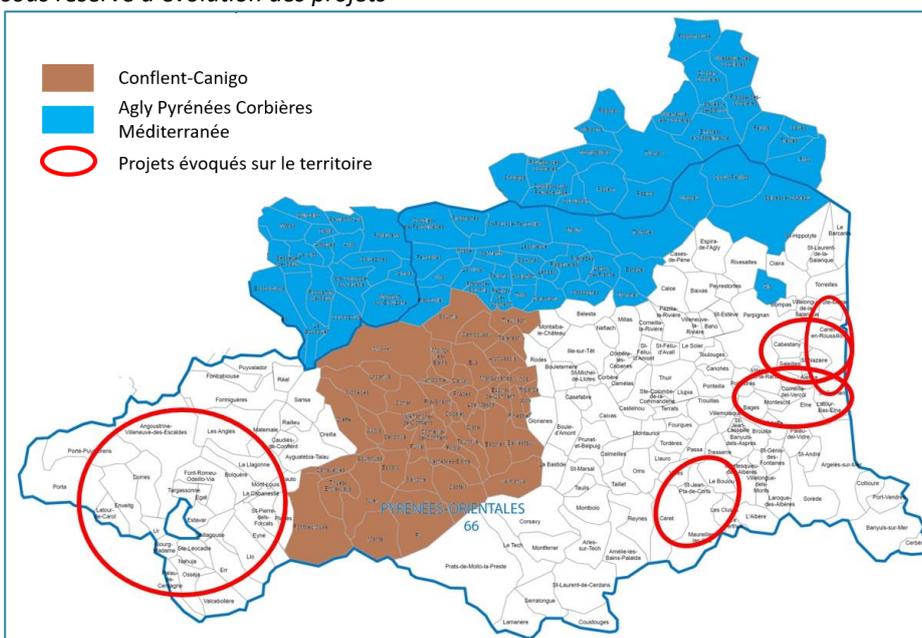
► **Projet « améliorer le suivi des femmes enceintes sur le plateau Cerdan »** en cours en lien avec le service maternité de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdà en Espagne, le projet de santé de la MSPP Haute Cerdagne et le CLS de la CC Pyrénées-Cerdagne.

► **Actions en cours de développement autour de la mise en place d'une filière gériatrique** en collaboration avec le Gérontopôle du CHU de Toulouse (déploiement du programme ICOPE validé par l'OMS). Un travail est actuellement engagé afin de mettre en place des formations auprès des professionnels (médecins traitants et infirmiers libéraux tout particulièrement) sur le repérage de la fragilité chez les personnes âgées. Par exemple, la communauté professionnelle territoriale de santé Agly Pyrénées Corbières Méditerranée (CPTS APCM) réalise une action « dépister la fragilité des personnes âgées vivant au domicile » faisant intervenir infirmières libérales et médecins formés par le Gérontopôle du CHU de Toulouse et médecins.

► **Service « Handi-Santé » porté et mis en place par le CH de Perpignan** afin de faciliter le parcours de soins des personnes en situation de handicap.

► **Projets de création de CPTS** en cours permettant aux professionnels de santé d'un même territoire de se regrouper pour travailler ensemble sur des thématiques spécifiques liées aux besoins des habitants en termes d'accès à la santé.

Carte 31 : Territoires couverts par des projets de CPTS dans les Pyrénées-Orientales, sous réserve d'évolution des projets



Source : URPS Occitanie, le guichet CPTS, <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/>

5/ ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES :

PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE DES ACTEURS

5.1 Identification des forces et faiblesses du département des Pyrénées-Orientales et de ses territoires autour de l'accès à la Santé

-  Professionnels de santé libéraux
-  Professionnels MSP
-  Groupe Transversal
-  Groupe Usagers

FORCES : les facteurs qui facilitent, selon le point de vue des professionnels interrogés, l'accès à la santé des habitants de leur territoire d'intervention

Pluridisciplinarité et coordination :

- Des MSPP identifiées et performantes
Atouts cités par les professionnels interrogés : travail coordonné qui facilite une prise en charge globale du patient, favorise la prévention et le dépistage, matériel à disposition (ex. azote liquide et échographie à St Paul de Fenouillet, échographie à Bolquère), organisation non pyramidale du travail. 
- Une coordination interprofessionnelle en émergence
entre acteurs de santé, secteur social et acteurs locaux : PTAc66, DAC à venir, CPTS (ex. d'action : CPTS APCM « dépister la fragilité des personnes âgées vivant au domicile »), CLS, facilitateurs FORMS, MAIA, PCPE (pour les enfants en situation de handicap).  
- Des collaborations interprofessionnelles entre MSPP et des acteurs du territoire
Pour le territoire de la Haute-Cerdagne par exemple, la MSPP travaille étroitement avec l'hôpital de Puigcerdá (suivi des femmes enceintes sur le plateau), le lycée climatique de Font Romeu, l'Équipe Mobile Hépatique du CH de Perpignan, le Centre de dialyse, Addictions France (ex. ANPAA) (Antenne sur Font-Romeu) et l'équipe mobile soins palliatifs de Perpignan qui fournit à la MSPP du matériel et des médicaments pour les soins palliatifs à domicile, aide aussi du groupement de coopération sanitaire (GCS) Pôle Cerdan (association Joseph Sauvy). 
- Des collaborations partenariales entre la PMI et différents acteurs
CMP à Canet, Addictions France (ex ANPAA), médecine et service social de l'Université de Perpignan (pour les étudiantes boursières), CH de Perpignan, Polyclinique Méditerranée, centre hospitalier de Thuir, CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce)... 
- Des liens partenariaux entre des travailleurs sociaux du Département et des services de soins psychiatriques
Des assistantes du service social au sein de CMP qui facilitent l'accès aux structures d'aval (ESMS enfants ou dispositifs adultes). Une facilité à travailler avec le secteur de la psychiatrie en Cerdagne, à Perpignan, à Argelès-sur-Mer groupe transversal a été également évoqué par les professionnels interrogés.  
- Une prise en charge efficace des personnes âgées en institution
accueil permanent disponible, dispositifs MAIA et PTAC66 en appui des situations complexes. 

FORCES : les facteurs qui facilitent, selon le point de vue des professionnels interrogés, l'accès à la santé des habitants de leur territoire d'intervention

Des dispositifs spécialisés cités comme pertinents :

- A Perpignan : ELIOS (équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie), AJEP (accueil du jeune enfant à Perpignan), l'Association le Fil à Métisser qui réalise un travail psychologique et d'accueil enfant/parent auprès de la population gitane.
- A Pia, le lieu de vie « les Bouvreuils » (8 places maximum) pour enfants en difficulté.
- Des assistantes sociales en convention avec la gendarmerie (subventionnées à 50 % par le Département) pour l'accompagnement des femmes victimes de violence conjugales.
- L'antenne CRA (centre ressources autisme) au sein du CAMSP.

Des solutions citées à titre d'exemples pour répondre à des difficultés de mobilité (à étendre peut-être sur d'autres territoires) :

- À Pia, des navettes gratuites pour se rendre aux RDV médicaux.
- À Canet, mise en place d'un bus médical permettant « d'aller vers » les habitants.
- Des bons de transport accordés aux enfants ayant une notification MDPH pour leur permettre de se rendre plus facilement au CAMSP.
- Des sage-femmes qui se déplacent à domicile.

Des dispositifs cités favorisant la flexibilité :

- Des solutions pour soulager le travail des médecins et leur permettre de se recentrer sur le soin : dispositif Asalée, des infirmiers formés aux pratiques avancées (IPA) qui prescrivent des ordonnances et se rendent à domicile (MSPP Cabestany par exemple).
- Des dispositifs DITEP notifiés par la MDPH depuis janvier 2021 pour faciliter les orientations en ITEP ou en SESSAD (plus de rapidité).
- Un partenariat entre le service CDPI de la direction des solidarités, la mission d'accompagnement santé de la CPAM, des médecins généralistes, des assistantes sociales, la PASS et la MDPH pour favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires du RSA. Celui-ci fonctionne particulièrement à Perpignan, Céret, sur l'Agly, la Côte Vermeille et la Cerdagne.

Un soutien du Département :

- Un appui du Département lors de la crise sanitaire.
- Un service départemental efficace pour la précarité énergétique.



FAIBLESSES : facteurs qui limitent, selon le point de vue des professionnels interrogés, l'accès à la santé des habitants de leur territoire d'intervention

Manque de professionnels de santé :

- Médecins généralistes, pédopsychiatres, orthophonistes (le territoire MSP Têt étant un peu mieux pourvu que les autres territoires), dentistes pour les urgences, dermatologues, cardiologues, neurologues, diabétologues, ophtalmologues...
- Médecins généralistes et spécialistes dans des zones géographiques qualifiées auparavant par l'Assurance maladie comme « zones sous-dotées en médecins généralistes » et qui ne le sont plus aujourd'hui. Des dispositifs d'aide à l'installation non pérennes pour les médecins en zones sous-dotées nommées « ZIP » par l'Assurance maladie fragilisent les territoires qui en ont bénéficié. En effet, des territoires obtiennent des aides à l'installation qu'ils perdent dès que la démographie médicale se stabilise ce qui provoque des départs et à nouveau, le territoire est redevenu « zone fragile », impactant les professionnels de santé qui restent et qui s'épuisent à réenclencher des démarches pour attirer de nouveaux professionnels de santé à venir s'installer sur leurs territoires (expérience citée par la MSPP de Font-Romeu).
- Ressources humaines en santé non graduées pour s'adapter aux variations saisonnières sur les zones touristiques (renforts de professionnels et de logistique pour gérer les renforts notamment sur leur logement).



Manque de professionnels/dispositifs dans les secteurs du médicosocial ou social :

- Places au sein de tous les dispositifs (CAMSP, CMPP, SESSAD, FV/FAM, MAS, SAVS, SAMSAH, SSIAD) et tout particulièrement des places pour les jeunes sortant du secteur « enfants » et ayant une orientation prononcée par la CDAPH vers un FV, FAM ou MAS.
- Dispositifs et structures d'accueil pour les femmes victimes de violence conjugale.
- Centre maternel pour accueillir les parents en difficultés (actuellement, il en existe 2 à Perpignan, « Le rivage » avec 2 appartements parentaux et la « maison de Gaia » pour les moins de 21 ans).
- Professionnels pour faire les toilettes et soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie et vivant à domicile.
- Professionnels dédiés à l'évaluation APA. Les délais pour une évaluation APA varient actuellement selon les territoires de 2 mois à 6 mois voire 10 mois parfois à Perpignan, Côte Vermeille et une partie du Vallespir.



Manque de liens ou de coordination entre :

- professionnels de santé notamment entre la médecine de ville et celle hospitalière : patients contraints à se répéter, outils numériques non partagés qui entraînent une perte d'informations.
- professionnels de santé, acteurs médico-sociaux et acteurs du social (notamment avec les services sociaux du Département ainsi que la PMI)
 - Conséquences citées :
 - rejet de certains professionnels de santé envers la patientèle bénéficiaire des aides sociales (CSS, ex CMU-C ou RSA)
 - rejet envers la PMI car étiquetée comme un dispositif de « placement d'enfant » et non comme un dispositif intervenant dans le domaine de la prévention (le soutien à la parentalité) et le suivi pédiatrique des enfants âgés de moins de 6 ans.



FAIBLESSES : facteurs qui limitent, selon le point de vue des professionnels interrogés, l'accès à la santé des habitants de leur territoire d'intervention

Des facteurs bloquant cités dans les domaines suivants :

- **Mobilité** : des patients en difficultés pour aller vers les médecins généralistes et spécialistes : réseau de transports en commun inadapté aux horaires et aux publics fragiles (personnes âgées isolées avec des pathologies neurodégénératives) ; transports en ambulance que si les personnes sont en affection de longue durée (ALD).
- **Ressources financières insuffisantes** : les personnes ayant de faibles ressources renoncent le plus souvent à poursuivre les soins ou les accompagnements recommandés qui font l'objet de reste à charge important pour les personnes ou les familles (dépassement d'honoraires...) ou qui sont remboursés partiellement voire pas du tout par l'Assurance maladie ou les mutuelles de santé. Les renoncements aux soins ou accompagnements cités par les professionnels interrogés sont les suivants :
 - soins psychologiques non remboursés ;
 - diététiciens non remboursés or rôle central dans la prévention (notamment chez les personnes âgées) ;
 - ergothérapeutes pour personnes âgées insuffisamment remboursés (10 séances remboursées ne suffisent pas pour des accompagnements plus longs) ;
 - ostéopathes ;
 - maintien à domicile par défaut pour des personnes âgées isolées avec de lourdes pathologies neurodégénératives (inégalité d'accès aux EHPAD).
- **Dynamique partenariale des acteurs** : par méconnaissance
 - de la pertinence de travailler de façon regroupée en MSPP ou centre de santé (méconnaissance des atouts, crainte de la perte d'autonomie dans le travail)
 - des dispositifs existants : un sentiment qu'il existe des dispositifs mais que les personnes en situation de précarité n'y ont pas accès ou pas suffisamment facilement
 - de la diversité des soins pour la santé mentale en dehors des médicaments
 - des aides existantes pour l'adaptation du logement pour les personnes âgées en perte d'autonomie



5.2 Points d'intérêt complémentaires

5.2.1 Profil socio-sanitaire de la population des Pyrénées-Orientales

Les professionnels interrogés du territoire de l'Agly (maison sociale de proximité ou professionnels libéraux) ainsi que ceux de la maison sociale de proximité perpignanaise notent une **augmentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques, notamment de dépression**. Certains ont des **comportements violents** (parmi lesquels des enfants présentant des troubles de l'attachement) et d'autres ont des **problématiques d'addiction** (parmi lesquels des personnes âgées).

Certaines populations sont particulièrement touchées par des problématiques de santé :

- des personnes âgées en perte d'autonomie vivant seules à domicile avec de plus en plus de troubles cognitifs importants, nécessitant des accompagnements plus renforcés (1 à 3 passages par jour sont souvent insuffisants pour assurer un maintien à domicile sécurisé) ;
- des personnes âgées résidant lors de la période estivale dans le département dans des logements de vacances souvent peu adaptés ;
- des familles monoparentales qui ont des difficultés importantes d'accès aux soins. Une grande partie d'entre elles arrivent sur le département et n'ont pas de médecins traitants ;
- des jeunes adultes en situation de handicap âgés de 16 à 20 ans : rupture des soins au passage à l'âge adultes ;
- des personnes de plus en plus en situation de précarité ;
- des jeunes confiés à l'ASE (5-10 enfants concernés) avec des difficultés plurifactorielles nécessitant une coordination très importante ;
- des populations migrantes ;
- des travailleurs saisonniers précaires.

La crise sanitaire a dégradé de manière générale l'état de santé de la population et les problématiques sociales. Concernant des cas particulièrement graves, dans le secteur de Perpignan Sud, les professionnels interrogés ont évoqué dix signalements effectués en 2020, pour des placements d'enfant dès leur naissance, ce qui leur paraît particulièrement important.

Les maladies chroniques couramment évoquées par les différents professionnels interrogés sont : le diabète, les problèmes cardio-vasculaires, dans une moindre proportion l'obésité et la bronchopneumopathie chronique obstructive ou bronchite chronique (BPCO).

5.2.2 À propos de la télémédecine

3 groupes sur 7 (MSP et professionnels libéraux de l'Agly, professionnels libéraux de Perpignan) ont évoqué les avantages et les inconvénients de la télémédecine.

Si chacun s'accorde sur le fait qu'elle permet un accès facilité à des populations éloignées géographiquement des lieux de santé, qu'elle a permis des consultations durant le premier confinement pour des patients qui refusaient de sortir de chez eux, qu'elle représente un atout certain pour l'obtention d'avis spécifiques de spécialistes de 2^e ou 3^e ligne, les professionnels notent qu'elle présente de réelles limites.

Tout d'abord, elle ne permet pas l'examen clinique, pourtant au fondement de l'exercice de la médecine et indispensable pour le diagnostic de certaines pathologies ou certains publics, par exemple, les nourrissons. La télémédecine pourrait donc être un outil complémentaire. Dans ce cas, la difficulté d'accès aux professionnels de santé de proximité reste donc problématique.

Ensuite, la télémédecine participe à la disparition des liens sociaux de proximité et oblige à recourir plus fréquemment aux écrans, déjà largement sollicités dans de nombreuses démarches administratives. Le collège des personnes concernées par la précarité du CDIS écrit à ce titre : « *En ce moment tout se fait par Internet, on sature ! C'est trop : la visio, ce n'est pas la même qualité d'échange. À force de rester tout le temps sur les écrans, on peut avoir des problèmes de santé. On est plus énervé.* » En plus de la disparition des liens sociaux de proximité et la dégradation des conditions de communication, le recours fréquent aux écrans est identifié comme susceptible d'entraîner des risques sur la santé et des interactions sociales conflictuelles dues à l'irritabilité qu'il peut provoquer.

5.2.3 À propos de l'émergence de nouveaux métiers d'« assistants médicaux »

Le manque de médecins généralistes, notamment de médecins traitants, est évoqué dans tous les groupes. Les professionnels s'inquiètent des départs à la retraite qui ne sont pas remplacés ou pas suffisamment.

En effet, l'évolution de la profession de médecin généraliste concentre une partie des échanges.

La figure du médecin de famille très souvent sollicité et consultant à domicile disparaît. Les médecins des nouvelles générations refusent les conditions de travail « *harassantes* » de leurs prédécesseurs en réduisant leur temps de consultation, en limitant leurs visites à domicile ou en recevant leur patientèle uniquement à leur cabinet. Le remplacement d'un médecin qui part à la retraite n'est donc pas suffisant pour couvrir toutes les demandes en santé auxquelles ce dernier répondait. À titre d'exemple donné par le groupe des professionnels de la Têt, un médecin proche de la retraite peut avoir actuellement jusqu'à 1 700 patients référencés.

Certains métiers évoluent et pourraient, en partie, pallier ces manques. C'est le cas des infirmiers et infirmières aux pratiques avancées (IPA) qui prennent en charge, toujours sous l'autorité d'un médecin, les patients atteints de maladie chronique. De même, les infirmiers et infirmières du dispositif « *Asalée* » permettent des temps d'échange avec le patient qu'il n'a pas le temps d'avoir avec son médecin (éducation thérapeutique...). En effet, ces professionnels les travaillent sous la responsabilité d'un médecin qui reste donc nécessaire. En revanche, ces nouveaux professionnels les améliorent la prise en charge globale des patients et proposent des temps spécifiques dédiés à la prévention que les médecins n'ont plus le temps de faire. Cela permet aux médecins de retrouver du temps pour consulter et soigner.

5.2.4 À propos de la précarité et du sentiment d'exclusion

Le collège des personnes concernées par la précarité du CDIS écrivent :

« *La liberté c'est de sortir, prendre l'air, rencontrer des gens.*

Quand on n'a pas les moyens de sortir de chez soi parce que tout coûte (déplacements y compris), souvent on 's'auto-confine'. Alors, avec la covid on se dit que les autres personnes peuvent un peu mieux comprendre ce que l'on vit...

Avec le déconfinement, quand on voit les personnes contentes d'aller au restaurant, de sortir, on ne se sent pas concerné donc on ne peut pas être content comme les autres. Les plus précaires ont des ressources et des moyens limités pour faire des projets, sortir un peu. Ils ne peuvent pas 'aller boire un coup en terrasse'.

On se sent encore à l'écart. »



POUR ALLER PLUS LOIN

Un programme réalisé en France dans le cadre d'une recherche internationale participative menée par le Mouvement ADT Quart Monde et l'Université d'Oxford considère la pauvreté comme multidimensionnelle.

« La pauvreté n'est pas qu'une question d'argent, elle est multidimensionnelle ». L'équipe de recherche en France a identifié une liste de 8 dimensions de la pauvreté, qui peut évoluer selon les contextes. Ces dimensions n'ont pas le même poids dans la vie des uns et des autres, ni tout le long de leur vie. Voici la liste actuelle :

- Privations matérielles et de droits
- Peurs et souffrances
- Dégradation de la santé physique et mentale
- Maltraitance sociale
- Maltraitance institutionnelle
- Isolement
- Contraintes de temps et d'espace
- Compétences acquises et non reconnues.

Ce travail de recherche a mis en évidence une approche systémique : dans la pauvreté, « tout est lié ». Chaque dimension dépend des autres et a une influence sur les autres dimensions. Les dimensions ne doivent pas être prises en compte séparément. Elles ne sont pas définies comme des causes ou des conséquences car, selon la situation, une dimension peut être une cause ou une conséquence. Par exemple, la dégradation de la santé peut être une conséquence de la pauvreté. Elle peut en être aussi une cause car elle peut empêcher de travailler.

Et « rien n'est figé » : la situation de pauvreté peut s'améliorer ou empirer.

Ce qui veut dire que « la pauvreté n'est pas une fatalité. »

Source : ATD Quart Monde, Programme de recherche, Synthèse « Comprendre les dimensions de la pauvreté en croisant les savoirs, septembre 2019, 2p https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2019/10/Synthese_Rapport_Dimensions_Pauvrete_France.pdf

5.2.5 Les ressources en Santé identifiées par le comité des jeunes ODPE 66

Le comité des jeunes de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE 66) pense la santé au sens large, mêlant étroitement physique et mental. Être en bonne santé, c'est aller vers les autres, lire, apprendre, sortir. Le repli, dans tous les sens du terme, caractérise une mauvaise santé. Ils ont identifié plusieurs facteurs de risque :

« Il y a des événements pour nous qui vont déstabiliser notre santé :

- le décès d'un proche et ses conséquences,
- une agression physique très violente,
- la consommation de produits (alcool, drogues, cigarettes),
- la grande solitude
- une dépression qui s'installe à long terme suite à quelque chose vécu dans l'enfance. »

Ils ont établi une carte réseau représentant les ressources vers qui ils se tournent « si ça ne va vraiment pas ». D'après cette carte, les ressources avec lesquelles ils entretiennent des « relations très satisfaisantes » sont, à égalité : les pairs et les amis, et le pôle santé du foyer.

Ils entretiennent des « relations très satisfaisantes » avec d'autres ressources lorsqu'ils se sentent en difficulté, mais pour lesquelles les relations peuvent aussi être conflictuelles. À égalité, on retrouve : un éducateur proche, un médecin généraliste et un animal de compagnie.

Les relations sont majoritairement « conflictuelles » avec, par ordre d'intensité (du plus fort au moins fort) : les numéros d'urgence, les médecins spécialistes et les psychologues.

5.2.6 Délais d'attente moyens en CAMSP, CMPP, CMP

Le CREAI-ORS Occitanie mène, à la demande de l'ARS dans le cadre de son plan régional de santé Occitanie 2018-2022, une étude sur le repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce), CMP et CMPP dans le département des Pyrénées Orientales⁴. Il établit à ce titre un tableau des délais d'attente moyens pour ces établissements, reproduit ci-dessous.

Liste d'attente au 31 décembre		Délais d'attente moyens
CAMSP	35 enfants	- 76 jours pour un premier rendez-vous, ce premier rendez-vous est médical et est considéré comme une 1 ^{ère} intervention.
CMPP	- 190 enfants	- 3 mois d'attente ou plus pour un 1 ^{er} rendez-vous : 70,6 % 3 mois ou plus entre 1 ^{er} RDV et 1 ^{ère} intervention : 12,4 %
CMP	Existence d'une liste d'attente pour accéder au dispositif de soins mais pas pour la mise en place des projets de soins Il n'existe pas de liste d'attente pour le SMPA	- Au CMP Fernand Léger à Perpignan : <ul style="list-style-type: none"> • 30 jours en moyenne entre la demande de soins et le premier rendez-vous. • 10 jours pour les délais infirmiers : une permanence petite enfance 0-3 ans (infirmier(e)) est ouverte les jeudis matin de 9 h à 11 h, sans rendez-vous, les familles sont souvent orientées par les PMI ou la pédiatrie du CH de Perpignan. La situation des enfants est ensuite discutée en réunion clinique. - Au CMP de Prades : 21 jours entre la demande de soins et le 1 ^{er} rendez-vous. Existence de créneaux de rendez-vous en urgence. - Au CMP Avicenne à Perpignan : un accueil pour les 0 – 3 ans sans rendez-vous. Un rendez-vous médical à 45 jours en moyenne. - Au CMP de Céret : Accueil sans rendez-vous pour les 3-6 ans et pour les 12 – 16 ans. - Au CMP d'Osséja : 32 jours.

Source : Rapports d'activité des CAMSP- CMPP 2017 et enquête 2019– Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

⁴ Bernard Ledésert, Nathalie Martinez, *Le repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Occitanie. Département des Pyrénées Orientales*, CREAI-ORS Occitanie, Juillet 2020 (étude non publiée).

6/ PISTES DE RÉFLEXION PROPOSÉES PAR LES ACTEURS INTERROGÉS

Précision de lecture : les propositions de pistes de réflexion formulées par les professionnels interrogés ne dépendent pas toutes des compétences du Conseil départemental. Certaines dépendent des compétences de l'ARS, l'État ou des collectivités territoriales. Il nous a semblé important de faire apparaître dans cet état des lieux l'ensemble des besoins formulés par les acteurs interrogés.

Des pistes de réflexion ont été formulées en séances par les professionnels interrogés afin de faciliter l'accès à la santé et aux soins des habitants du département des Pyrénées-Orientales. Nous proposons de les regrouper de la façon suivante :

- celles qui sont en lien (direct ou indirectement) avec les champs de compétences du Conseil départemental
- celles qui concernent plus largement l'accès aux soins et à la santé pour tous

6.1 Pistes de réflexion proposées en lien direct ou indirect avec les champs de compétences du Conseil départemental

Constats : les médecins interrogés ont évoqué être en difficulté lorsqu'ils ont à gérer des situations complexes sociales par manque de liens avec le secteur social ou médicosocial. Un des enjeux du Département en tant que chef de file de l'action sociale est de renforcer ses actions sociales et médicosociales à destination des publics les plus fragiles pour soulager les médecins dans la gestion de situations complexes sociales.

Il s'agit d'améliorer l'accompagnement des personnes les plus fragiles pour permettre aux médecins, et plus largement aux autres professionnels de santé, de retrouver du temps pour consulter et soigner.

Des propositions de pistes de réflexion ont été formulées par les professionnels interrogés selon les publics spécifiques suivants :

Tableau 24 : Pistes de réflexion proposées par les professionnels interrogés en lien direct ou indirect avec les champs de compétences du Conseil départemental

Publics spécifiques concernés	Propositions de pistes de réflexion
Petite enfance, enfance, jeunesse et soutien à la parentalité	Développer des structures/dispositifs spécialisés pour accompagner les enfants avec des difficultés multiples
	Renforcer le suivi des femmes enceintes en situation de vulnérabilité
	Développer la mission de prévention de la PMI
Personnes âgées	Améliorer le maintien à domicile des personnes âgées
Femmes victimes de violences	Augmenter la coordination des acteurs en faveur des femmes victimes de violences conjugales
Personnes en situation de handicap	Faciliter l'accès aux soins et le parcours de santé des personnes en situation de handicap

► PETITE ENFANCE, ENFANCE, JEUNESSE ET SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

○ Besoins formulés autour de structures/dispositifs spécialisés pour accompagner les enfants avec des difficultés multiples

Propositions évoquées :

- Mettre en place une structure d'accueil d'urgence des enfants en souffrance psychique
- Développer des structures/dispositifs spécialisés pour jeunes parents lorsqu'ils rencontrent des difficultés éducatives ou quand ils se retrouvent isolés (s'adressant aux mères... et aux pères).
- Étendre des dispositifs existants d'accueil de jeunes enfants (type AJEP)

Constats et descriptifs :

- Les professionnels interrogés ont évoqué qu'ils accompagnaient de plus en plus d'enfants en souffrance psychique avec des troubles de l'attachement importants. Ces enfants ne sont pas suivis et à l'âge de 12 ans, déclenchent des comportements violents nécessitant des hospitalisations d'urgence. A été présenté comme modèle à mettre en place l'appel à projets 2019 de l'ARS Ile-de-France pour le département de la Seine-Saint-Denis⁵ portant sur :
« La création d'une structure expérimentale destinée à accueillir des enfants, adolescents et jeunes majeurs avec troubles du spectre autistique et autres troubles du neurodéveloppement, confiés à l'ASE et disposant d'une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) » associée à la « création d'une équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe, adossée à cette structure, qui interviendra en établissement médico-social, en établissement accueillant des enfants et des jeunes de l'ASE ou en accueil familial afin de favoriser le maintien dans le milieu de vie, éviter les ruptures de parcours ou préparer les orientations et réorientations. »
- Le dispositif AJEP mis en place à Perpignan a été cité par les professionnels interrogés comme modèle à étendre sur d'autres communes (et tout particulièrement sur Canet).

○ Besoins formulés autour du suivi des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

Proposition évoquée :

Mettre à disposition une chambre à l'hôpital de Thuir pour femmes enceintes présentant des problématiques de santé mentale (projet en cours)

Constats et descriptifs :

Actuellement les séjours à l'hôpital de Thuir sont réduits au maximum car l'environnement reste très insécurisant pour les femmes accueillies. Des chambres réservées permettraient de garantir une prise en charge spécifique à distance des problématiques des autres résidents.

○ Besoins formulés autour du développement des missions de la PMI

Propositions évoquées :

- Renforcer la mission de prévention de la PMI
- Faire évoluer les représentations de la population à l'égard de la PMI
- Mettre en place des ateliers pour le suivi des grossesses des jeunes filles mineures

⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/creation-dune-structure-experimentale-pour-enfants-et-adolescents-avec-tsa-dans-le-93>

Constats et descriptifs :

Les professionnels interrogés ont évoqué que la PMI reste associée dans les esprits des personnes accompagnées par le Département à « *faire des signalements* » et à « *confier des enfants à l'aide sociale à l'enfance* ». Il s'avère très difficile pour les professionnels de la PMI de travailler sur sa mission de prévention. Il a été proposé en séance que la PMI soit plus présente sur :

- les lieux d'accouchements (ce qui existe dans le département de l'Oise où des ateliers de préparation à la sortie une fois par semaine ont lieu avec la PMI) ;
- des territoires avec des permanences (par exemple ont été cités des besoins sur Arles-sur tech, Amélie-les-Bains, Céret, le Boulou, Millas...);
- des stands en extérieur (hors les murs) pour présenter la PMI et les associations de soutien à la parentalité ;
- dans les collèges pour faire des actions collectives sur la vie affective et sexuelle et la contraception (aussi en IME) ;
- dans les maternelles pour intervenir auprès des jeunes enfants sur respect du corps (voir notamment avec l'association perpignanaise « Il faudra leur dire »).

► PERSONNES ÂGÉES

○ Besoins formulés autour du maintien à domicile

Proposition évoquée :

Favoriser des actions qui permettent de maintenir à domicile les personnes âgées dans des conditions adaptées à leurs besoins

Constats et descriptifs :

Les professionnels interrogés ont évoqué que le maintien à domicile construit par le médecin traitant et les soignants intervenant à domicile (infirmiers tout particulièrement) est de plus en plus difficile à mettre en place et à le maintenir dans le temps : des plans d'aide dans le cadre de l'APA sont de plus en plus complexes à organiser. Les infirmiers libéraux sont en difficultés pour absorber les soins d'hygiène et sont de plus en plus nombreux à se centrer uniquement sur les soins primaires « purs ». Les SSIAD existants sur le département sont sectorisés et ont des listes d'attente importantes. Les personnes âgées vivant à leur domicile avec des problématiques de santé de plus en plus lourdes et difficiles sont à prendre à charge par les équipes du Département (impact sur leur organisation). Les aides financières apparaissent insuffisantes au regard de besoins importants en aides humaines. Le reste à charge est important pour les familles : renoncements à des aides nécessaires pour un maintien à domicile de leur proche. Les professionnels au sein des MSPP se retrouvent démunis face aux problématiques du grand âge et aux soins palliatifs parfois nécessaires.

Les professionnels interrogés ont proposé les actions suivantes à mettre en place :

- Développer ou redéployer des places en accueil de jour pour permettre de répondre à des besoins au sein des territoires (tout particulièrement à St Paul de Fenouillèdes) ;
- Former les équipes des MSPP aux soins palliatifs en lien avec les réseaux de soin palliatifs ;
- Former les médecins et les autres professionnels de santé au repérage de la fragilité chez les personnes âgées dans une stratégie de prévention de perte d'autonomie en collaboration avec le Gérotopôle du CHU de Toulouse (déploiement du programme ICOPE⁶ validé par l'OMS). Un

⁶ <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

travail est actuellement engagé par des collectivités et des CPTS afin de former des professionnels (médecins traitants et infirmiers libéraux tout particulièrement) sur le repérage de la fragilité chez les personnes âgées ;

- Augmenter les capacités pour les soins d'hygiène des personnes âgées ou revaloriser financièrement les professionnels des SAAD. Les besoins pour réaliser les soins d'hygiène des personnes âgées sont très importants. Il s'agit donc d'augmenter les capacités ou de participer à la valorisation de ces actes chronophages (à domicile nécessairement) afin qu'ils soient plus rentables pour les professionnels (meilleure rémunération).

► FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

○ Besoins formulés autour de la coordination

Proposition évoquée :

Mettre en place un maillage qui comprenne le déblocage rapide de ressources et les liens avec d'autres départements pour garantir un accueil sécurisé.

Constats et descriptifs :

Les structures de mise à l'abri pour les femmes victimes de violences intra-familiales ne sont pas toujours adaptées selon les professionnels interrogés. Elles ont été qualifiées d'être trop proches géographiquement des lieux de domicile des victimes et leurs ex-compagnons les retrouvent la plupart du temps.

► PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

○ Besoins formulés autour de l'accès aux soins et le parcours de santé

Propositions évoquées :

- Renforcer, redéployer ou créer des places dans le secteur du médicosocial pour personnes en situation de handicap
- Avoir une visibilité des dispositifs existants qui facilitent l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Constats et descriptifs :

En termes d'offre en équipements dans le secteur du médicosocial, les professionnels interrogés ont cité des besoins de places en SESSAD, SAVS, SAMSAH et des places également pour les jeunes sortant du secteur « enfant » en FV/FAM et en MAS.

Il existe une méconnaissance de la part des professionnels interrogés des dispositifs existants qui facilitent l'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de handicap. La mise en place d'un service « Handi-Santé » au CH de Perpignan a été cité par un professionnel parmi l'ensemble des professionnels interrogés.

Des Départements, comme celui des Pyrénées-Atlantiques, sont cosignataires de la Charte « Romain Jacob » pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap : conscients que la santé est un droit fondamental de la personne humaine, et que le handicap peut encore être source de questionnements voire de peurs, et d'obstacles aux soins, les signataires de la présente charte expriment leur détermination en faveur de l'accès à la santé des personnes handicapées, et à la coordination et fluidité de leurs parcours de santé. Cette charte s'inscrit dans les orientations des politiques publiques en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes vivant avec un handicap. Les signataires de la charte entendent ainsi contribuer à l'amélioration, pour tous, de la qualité des soins et à l'égal accès de tous à la santé. Cette charte a été rédigée en 2014, suite à plusieurs séries de réunions impliquant des personnes vivant avec un handicap, des soignants et des représentants de l'administration, sous l'égide de l'association Handidactique. À travers 12 grands principes, elle s'impose comme le véritable guide éthique de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap.

Source : <https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>

6.2 Pistes de réflexion proposées pour un accès aux soins et à la santé pour tous

Constats :

Les professionnels interrogés ont insisté tout au long de la démarche sur l'inégale répartition des professionnels de santé et leur manque dans les zones les plus isolées (notamment sur le territoire de l'Agly) ; manque avéré ou à venir en raison de nombreux départs à la retraite qui ne seront probablement pas remplacés à l'horizon d'une dizaine d'années. Cela ne concerne pas seulement sur les territoires isolés mais aussi le territoire de Perpignan. Selon les professionnels interrogés de ce territoire, il y a également à Perpignan et ses communes limitrophes des difficultés d'accès aux soins en raison d'une démographie médicale insuffisante et un centre hospitalier saturé.

D'autre part, il a été évoqué également par les professionnels interrogés des difficultés d'accessibilité et de mobilité pour les personnes vivant dans des territoires isolés d'« aller vers le soin ».

À ces constats se rajoute aussi le besoin de mieux se coordonner entre professionnels pour fluidifier le parcours de soins des habitants du département des Pyrénées-Orientales, constat partagé par l'ensemble des professionnels interrogés. Ils nous ont confiés ne pas s'y retrouver parmi la multiplicité des dispositifs. Trop éparés, ils ne représentent une ressource ni pour les professionnels, ni *a fortiori* pour les personnes concernées. Un des facteurs bloquant l'accès à la santé et aux soins cité, au-delà du manque de professionnels et de structures, relève aussi d'un manque de coordination.

L'enjeu est de soutenir une équité territoriale et sociale pour un accès aux soins et à la santé pour tous.

Des propositions de pistes de réflexion ont été formulées par les professionnels interrogés autour de deux enjeux : le déploiement d'une palette de réponses afin de soutenir les territoires dans leurs actions en faveur de l'accès aux soins et à la santé pour tous d'une part et d'autre part, le renforcement de la coordination des acteurs de la santé.

Tableau 25 : Pistes de réflexion proposées par les professionnels interrogés pour un accès aux soins et à la santé pour tous

Enjeux		Propositions de pistes de réflexion
Déploiement d'une palette de réponses afin de soutenir les territoires à :	inciter l'installation de professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes	Constituer une équipe dédiée à la recherche de nouveaux professionnels de santé
		Favoriser la rencontre des étudiants en médecine avec les territoires ruraux.
		Proposer des aides à l'installation de professionnels de santé et de les accentuer si besoin en tenant compte de la saisonnalité démographique de la population liée à une activité touristique
		Poursuivre le soutien de la création de MSPP ou centres de santé (CS) selon les besoins des territoires. Faire connaître les atouts du travail coordonné (MSPP, CS).
		Soutenir les territoires au maintien de leurs médecins ayant fait l'objet d'aides.
		Accompagner l'évolution de la division du travail de prévention et de soin permettant aux médecins d'avoir du temps pour consulter et soigner.
	faciliter l'« aller vers » le soin	Créer un bus médical adapté à la topographie des zones rurales isolées.
		Mettre en place une navette pour permettre aux personnes de se rendre aux rendez-vous médicaux.
		Développer des moyens de transport à la demande assurés par des chantiers d'insertion
		Développer la télémédecine
Renforcement de la coordination des acteurs de la santé :	Étendre des dispositifs existants de type équipe mobile sur l'ensemble des territoires	
	Soutenir le développement de dispositifs de coordination territoriale en cours	
	Développer des outils communs	
	Créer des liens opérationnels entre les professionnels de santé et le secteur social	
	Augmenter les compétences en Santé au sein des maisons sociales de proximité.	

► DÉPLOIEMENT D'UNE PALETTE DE RÉPONSES AFIN DE SOUTENIR LES TERRITOIRES À :

○ Inciter l'installation de professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes

Propositions évoquées :

- Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins
- Soutenir une égale répartition des professionnels de santé et une pérennité à long terme

Constats et descriptifs :

L'idée serait de développer voire de créer une palette de réponses de soutien aux territoires, d'aides à l'installation des professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes ou à la mise en place de dispositifs qui faciliteraient l'accès aux soins des habitants. Ces réponses pourraient se répartir de la façon suivante :

- **Constituer une équipe dédiée à la recherche de nouveaux professionnels de santé** pour anticiper les départs à la retraite de médecins généralistes. Par exemple, il a été cité par des professionnels interrogés que le département de l'Aveyron a mis en place une telle équipe. À l'aide d'une brochure présentant les avantages du territoire, ils se rendent dans les congrès, les conférences professionnelles afin de présenter leurs atouts et d'encourager à effectuer un stage dans le département (d'où l'importance des maîtres de stage dans les territoires). Ils organisent ensuite une sorte de « week-end d'intégration » incluant la présentation de partenaires (par exemple, les pompiers) et la découverte du territoire. Les professionnels interrogés suggèrent de répliquer cette méthode dans le département des Pyrénées-Orientales afin d'anticiper le départ à la retraite des professionnels et de renforcer le maillage sanitaire.
- **Favoriser la rencontre des étudiants en médecine avec les territoires ruraux.** Les professionnels interrogés ont évoqué que le 2^e cycle d'études de médecine va être réformé d'ici 2023-2024. L'objectif est de sortir les étudiants des CHU et de les faire travailler et se former dans les territoires pour des stages longs (trois mois, répartis tout au long de l'année). Tant qu'il reste des médecins « maîtres de stage » dans les territoires *a priori* peu attractifs, il serait intéressant de soutenir ces territoires en facilitant la vie quotidienne (logement, mobilité...) de ces stagiaires. La phase de consolidation (4^e année) en médecine générale va également être réformée : les « docteurs juniors » (ayant soutenu leur thèse) exerceront dans les territoires durant leur phase d'autonomie. Les décisions ne sont pas encore prises, par exemple sur la distance maximale d'accès aux maîtres de stage, mais les arrêtés sont en cours d'écriture. Il serait opportun de faciliter leurs venues dans les zones *a priori* peu attractives. Des aides à l'accès à un logement, aux activités sportives et de loisirs peuvent être des leviers pour les inciter à s'installer.
- **Proposer des aides à l'installation de professionnels de santé et les accentuer si besoin en tenant compte de la saisonnalité démographique de la population liée à une activité touristique.** Une part non négligeable de l'activité des professionnels de la MSPP de Haute Cerdagne est actuellement dédiée à la recherche de logements et leur gestion (état des lieux...) pour les professionnels en renfort sur les périodes touristiques et les stagiaires. Si cette dimension pouvait être déléguée aux services départementaux, leur temps pourrait d'autant plus se recentrer sur les missions de soin et de prévention. De manière générale, les autres zones touristiques subissent également de fortes variations démographiques selon les saisons et peuvent avoir besoins également de soutien du Département dans l'accueil de professionnels de santé saisonniers (logement...). Les professionnels interrogés ont insisté sur l'importance de prendre en compte l'aspect de saisonnalité en lien avec

une activité touristique importante sur un territoire dans la gestion de l'offre de santé et la démographie médicale. Selon eux, il serait intéressant de mobiliser des indicateurs permettant de mesurer les variations de population importantes durant les saisons touristiques (nombre de places en hôtel, en hébergements de tourisme, taxes de séjour reçues par les communes...). Ceci permettrait de déterminer et adapter les aides nécessaires pour les territoires concernés.

- **Poursuivre le soutien de la création de MSPP ou centres de santé (CS) selon les besoins des territoires. Faire connaître les atouts du travail coordonné (MSPP, CS).** Les professionnels interrogés ont tous évoqué les points forts d'avoir sur son territoire une MSPP ou un CS. Ce type de dispositif de santé collectif apporte, selon eux, de nombreux avantages (pluridisciplinarité autour de la prise en charge d'un patient, répartition du temps de travail, locaux adaptés...) qu'il serait important de faire connaître. En effet, de nombreux professionnels en cabinet individuel sont réticents à se rapprocher de structures collectives. Il a été proposé en séances de concertation à améliorer la communication autour des atouts de ces dispositifs de santé collectifs.
Par ailleurs, un des souhaits des professionnels interrogés concerne de faire installer des défibrillateurs à l'extérieur des maisons de santé. Si les mairies et les postes ont été équipées en défibrillateurs, les maisons de santé, non. Elles doivent composer avec leurs stocks internes qui se trouvent à l'intérieur des murs ce qui ne permet pas à un accès 7j/7 et 24h/24.
- **Soutenir les territoires au maintien de leurs médecins ayant fait l'objet d'aides.** Les aides à l'installation dans les territoires sont conditionnées au qualificatif de « zones sous-dotées ». Cela provoque des effets pervers : les professionnels viennent s'installer grâce aux aides mises en place, mais, dès qu'elles se retirent, ils s'en vont. Le territoire redevient à terme une « zone sous-dotée » qui pourra attirer de nouveaux professionnels et ainsi de suite. L'énergie dépensée à demander les subventions, recruter les professionnels et les ruptures dans les parcours de soin que cela implique sont parmi les conséquences négatives du caractère haché des dispositifs qui restent conçus sur un temps court et non dans la temporalité longue d'une dynamique territoriale.
- **Accompagner l'évolution de la division du travail de prévention et de soin permettant aux médecins d'avoir du temps pour consulter et soigner.** De nouvelles évolutions de la division du travail médical ont été citées par les professionnels de santé interrogés et qui pourraient notamment soulager l'excès de travail des médecins. C'est le cas pour : les infirmiers formés dans le cadre du dispositif « Asalée » (Action de Santé Libéral En Equipe) qui prennent en charge les patients atteints de maladie chronique, les assistants médicaux comme les infirmiers-ères IPA (en charge de faire de l'éducation thérapeutique) en articulation avec des médecins généralistes, les kinésithérapeutes en soins évolués, les pharmaciens formés à des bilans santé, habilités à la vaccination... La désignation de référents permet aussi d'optimiser les prises en charge. Par exemple, l'équipe du centre d'endocrinologie sous tension situé à côté de la MSPU Avicenne a pris l'initiative de former un référent en diabétologie.

- o **Faciliter l'« aller vers » le soin**

Les professionnels interrogés ont évoqué les difficultés des personnes vivant dans des territoires isolés en termes d'accessibilité à « aller vers le soin ». Il a été suggéré de compléter la palette de réponses par des actions qui faciliteraient l'« aller vers le soin » en réduisant les problèmes de mobilité.

Proposition évoquée :

Réduire les facteurs bloquant liés à de la mobilité

Constats et descriptifs :

L'idée serait de compléter la palette de réponses dédiées à soutenir les territoires à inciter l'installation de professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes par des réponses qui faciliteraient l'« aller vers le soin ».

- **Créer un bus médical adapté à la topographie des zones rurales isolées.** Les professionnels interrogés ont proposé par exemple que le matin soit dédié à des consultations et l'après-midi à des ateliers de prévention ; s'inspirer du bus PMI existant dans le principe « d'aller vers » en prenant garde à la taille du véhicule afin qu'il puisse se rendre dans les villages les plus difficilement accessibles ; proposer des prises en charge pluriprofessionnelles sur rendez-vous : par exemple une consultation ophtalmologiste le lundi, une consultation dermatologique le mardi...
- **Mettre en place une navette pour permettre aux personnes de se rendre aux rendez-vous médicaux.** Les professionnels interrogés ont évoqué de s'inspirer du dispositif mis en place par la ville de Pia.
- **Développer des moyens de transport à la demande assurés par des chantiers d'insertion.** Si cette piste de réflexion concerne toute personne sans possibilité de déplacement, elle a été suggérée par les professionnels interrogés notamment afin que les personnes âgées puissent se rendre chez leur médecin traitant.
- **Développer la télémédecine** au sein des pharmacies ou dans des salles garantissant la confidentialité des échanges. Le médecin pourrait donc consulter depuis n'importe quel cabinet du territoire national. Les professionnels interrogés ont évoqué des points de vigilance sur la télémédecine. Si celle-ci constitue inévitablement des avantages (réduction des distances, accessibilité favorisée à des professionnels du soin inexistants à proximité), ces derniers restent limités. L'exercice fondamentalement clinique de la médecine conduit à privilégier le contact direct, le contact « *humain* » auprès des patients. De plus, la télémédecine n'est pas toujours adaptée, tout particulièrement pour les nourrissons.
- **Étendre des dispositifs existants de type équipe mobile sur l'ensemble des territoires** : par exemple étendre le dispositif ELIOS (équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie adulte) au-delà de Perpignan.

► **RENFORCEMENT DE LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ EN COMPLÉMENT À TOUTE DÉMARCHE DE DÉPLOIEMENT D'UNE PALETTE DE RÉPONSES FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA SANTÉ POUR TOUS (CF. PARAGRAPHE PRÉCÉDENT)**

Proposition évoquée :

Renforcer la coordination des acteurs de la Santé au sens large de l'OMS.

Constats et descriptifs :

Un des facteurs bloquant l'accès à la santé et aux soins cité, au-delà du manque de professionnels et de structures, relève aussi d'un manque de coordination. La nouvelle division du travail de soin vient aussi de la diversification des prises en charge, beaucoup plus qu'auparavant, mobilisant plusieurs professionnels autour d'un même patient sur un temps parfois très court. Les professionnels interrogés sont unanimes sur le fait de développer les liens entre médecine de ville, établissements de santé, acteurs du social et du médicosocial. La dispersion d'informations nuit à la sécurisation des parcours des patients.

Les professionnels doivent solliciter leurs patients sur des aspects déjà abordés par certains de leurs confrères/collègues. Le partage du dossier médical *via* des logiciels communs serait un véritable atout en ce sens. Il faudrait également que les professionnels de santé développent un langage commun afin d'obtenir une vision rapide de la situation d'un patient.

En complément d'un déploiement d'une palette de réponses, l'enjeu central est la coordination de l'ensemble des professionnels concernés qui peut se retraduire par le développement de dispositifs de coordination transversale ou d'outils communs de la façon suivante :

- **Soutenir le développement de dispositifs de coordination territoriale en cours** permettant de renforcer les liens entre :
 - o professionnels de santé entre eux ;
 - o le soin de ville, l'hôpital et les établissements de santé du secteur privé ;
 - o professionnels de santé et secteurs sociaux et médico-sociaux.

Les projets CPTS et le DAC ont été cités par les professionnels de santé interrogés comme des ressources à déployer afin de favoriser la coordination. Les projets CPTS s'appuient sur les MSPP qui en constituent les piliers. Ils peuvent aussi dépasser les limites départementales pour correspondre davantage aux limites d'usage. Par exemple, les professionnels de la MSPP de l'Agly reçoivent des patients venant de l'Aude et ceux de la MSPP de Font-Romeu, de l'Ariège.

- **Développer des outils communs** afin de rendre le parcours de soin plus fluide et cohérent. L'ensemble des professionnels interrogés dans les différentes séances mettent l'accent sur l'importance de développer des outils communs, en particulier un dossier médical numérique unique pour chaque patient (ce qui suppose l'accès à une connexion Internet de qualité notamment dans les zones rurales isolées).

Cet outil numérique ne viendrait « *pas remplacer* » la coordination existante mais bien la « *faciliter* ». Le développement d'un tel outil devrait être le fruit de réflexions communes en intégrant les outils existants. Un groupe de travail existe déjà concernant l'optimisation des outils pour travailler avec l'hôpital (messagerie sécurisée, annuaire...). La MSPU Avicenne y participe.

Certains acteurs de santé souhaitent étendre tout ou partie de ce dossier aux travailleurs sociaux afin d'améliorer la prise en charge globale de la situation d'une personne vulnérable, par exemple en partageant les outils entre MSP (maison sociale de proximité) et MSPP (maison de santé pluriprofessionnelle).



POUR COMPLÉTER

Une expérimentation a lieu dans les départements de la Haute-Garonne, la Loire-Atlantique et la Somme. Leurs habitants disposent tous (sauf refus) à partir de juillet 2021 d'un espace numérique de santé (ENS), incluant leur dossier médical partagé (DMP). Deux décrets étendent l'expérimentation à la France entière à partir du 1^{er} janvier 2022. (Décrets n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé et n°2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé).

- **Créer des liens opérationnels entre les professionnels de santé et le secteur social.** Il a été suggéré par les professionnels interrogés de définir un circuit efficace pour obtenir des avis d'assistants sociaux dans les situations complexes, mais pas seulement, et dans les situations liées à la perte d'autonomie/vieillessement. Avec l'ARS Occitanie et le groupement d'intérêt public e-santé Occitanie, le

Département développe actuellement un compteur utilisateurs pour ses agents pour leur permettre d'échanger des données sécurisées via Medimail⁷ (Évaluation APA...).



POUR COMPLÉTER

L'activité du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) est impactée par les demandes de soins non programmées. L'organisation des secours relève de la compétence du préfet mais le Département en est l'autorité administrative et financière. Il semble nécessaire également de travailler avec les pompiers qui sont interpellés pour des interventions qui ne relèvent pas de l'urgence mais du soin de premier recours. Il a été évoqué par un des professionnels interrogés qu'il y avait peu de lien avec les services sociaux et médicosociaux pour améliorer le parcours de soins des personnes.

Dans le cadre du Ségur de la santé, 22 sites pilotes ont été retenus pour expérimenter dès janvier 2021 le service d'accès aux soins (SAS). Ce dispositif va permettre à toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir un conseil ou une orientation selon son état vers une consultation non programmée en ville ou à l'hôpital, vers un service d'urgences ou déclencher une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe préhospitalière.

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, communiqué de presse le 23 novembre 2020 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/segur-de-la-sante-sites-pilotes-service-d-acces-aux-soins-SAS>

- **Augmenter les compétences en Santé au sein des maisons sociales de proximité.** Selon les professionnels interrogés, le médical prend de plus en plus d'importance dans l'accueil des publics au sein des MSP. Les compétences pluriprofessionnelles deviennent de plus en plus nécessaires et tout particulièrement une compétence médicale. Il a été proposé de compléter les équipes des MSP par un médecin généraliste (coordination avec les professionnels de santé, les projets CPTS, les MSPP...), des soignants spécialisés en santé mentale. Ces derniers permettraient, selon les professionnels interrogés, de prendre en charge les publics présentant des troubles psychologiques de plus en plus nombreux, sans pour autant solliciter les forces de l'ordre.

⁷ <https://www.esante-occitanie.fr/espaces-utilisateurs-150-269.html>

7/ DISCUSSION : LES ENJEUX POUR LE DEPARTEMENT

Le Département, chef de file sur les enjeux sociaux et médicosociaux, a accompagné lors de la gestion de la crise sanitaire les nouveaux besoins de la population et les services locaux de l'État dans la lutte contre la pandémie. L'objectif central de la démarche était d'obtenir des éléments de réponses sur plusieurs niveaux de questionnement pour permettre au Conseil Départemental de déployer par la suite un plan d'actions adapté aux besoins identifiés.

Concernant le contexte socio-démographique et socioéconomique, le département des Pyrénées-Orientales enregistre des indicateurs assez défavorables qui doivent être pris en compte par la suite à toute démarche poursuivie à cette étude. À ce titre, les principaux faits marquants à retenir sont les suivants :

→ **une disparité territoriale de la répartition du nombre d'habitants ou de la densité.**

Au 1^{er} janvier 2018, plus de 476 300 habitants étaient dénombrés dans le département des Pyrénées-Orientales. Le nombre d'habitants est très variable selon les territoires d'action sociale du Département : territoire des MSP Perpignan compte trois fois plus d'habitants que celui de la MSP Agly. 41 % de la population vit sur le territoire de Perpignan, un quart dans le Tech, un cinquième dans la Têt et 14% dans l'Agly.

→ **une dynamique démographique inégale** (attention à tenir compte des zones géographiques impactées par des variations importantes de la démographie en raison d'une saisonnalité/tourisme). Entre 2013 et 2018, la population y augmente de 0,6 % par an, un rythme supérieur à celui de la métropole (+ 0,4 % par an) et inférieur à celui de la région (+ 0,7 %). Au sein des territoires des MSP, cela varie d'une augmentation annuelle par an de 0,1 % pour le territoire MSP Perpignan à 1,6 % pour le territoire MSP Agly.

→ **des territoires plus marqués que d'autres par un vieillissement de la population.** Globalement, la population des Pyrénées-Orientales est vieillissante, les quatre territoires MSP ont un indice de vieillissement supérieur à ceux du national (83) et du régional (99) et, particulièrement le territoire MSP Tech (167).

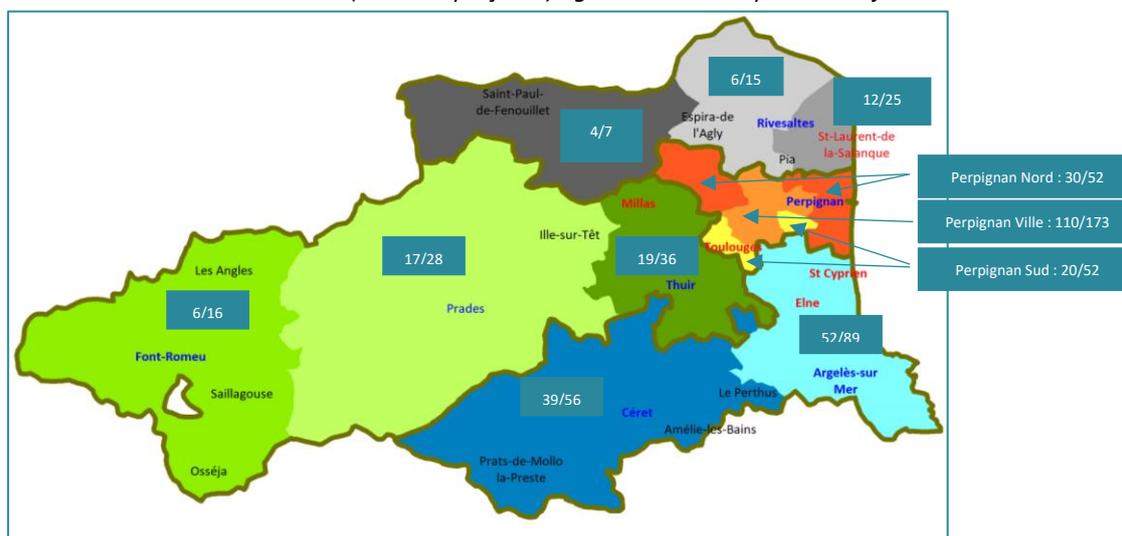
→ **Mais aussi des problématiques d'accès à la santé et aux soins des jeunes à prendre en compte.** Le territoire MSP Perpignan enregistre une part de jeunes âgés de moins de 25 ans supérieure à la moyenne départementale (29 % contre 26 %).

→ **Des territoires plus marqués que d'autres par une sur-représentation d'admissions en affections de longue durée (ALD) : diabète, affections psychiatriques, maladies dégénératives.** Plus de 15 400 personnes ont été admises en moyenne par an entre 2012 et 2017 pour une prise en charge à 100 % de leurs soins par l'Assurance maladie pour une affection de longue durée (ALD). Parmi elles, 14 % sont des admissions pour diabète de type I ou de type II, 11 % pour affections psychiatriques et 6 % pour maladies d'Alzheimer ou autres démences dégénératives. Une fois prise en compte les effets de l'âge, le département des Pyrénées-Orientales se distingue par des taux moyens annuels de personnes admises en ALD standardisé sur l'âge pour diabète ou pour affections psychiatriques supérieurs à ceux observés aux niveaux régional et national.

Concernant la démographie médicale en médecins généralistes et spécialistes, l'ensemble des participants aux concertations alertent sur le manque de médecins généralistes déjà effectif ou à prévoir avec les départs à la retraite non remplacés ou par des confrères restreignant le nombre de leurs patients. L'état des lieux sur la démographie médicale confirme ce constat en mettant en évidence un nombre important de médecins généralistes ou de spécialistes libéraux exclusivement qui sont âgés de 55 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020 qui vont potentiellement cesser leur activité (départ à la retraite) d'ici une dizaine voire quinzaine d'années (horizon 2030-2035).

→ parmi les 565 médecins généralistes ayant une activité en libéral exclusivement ou mixte au 1^{er} janvier 2020, 315 sont âgés de 55 ans ou plus (56 %) et 220 âgés de 60 ans ou plus (39 %). Au sein des territoires, la proportion des médecins généralistes en libéral exclusivement âgée de 55 ans ou plus est élevée. Cela concerne autant les territoires ruraux que ceux plutôt urbains. À ce titre la ville de Perpignan enregistre près des deux tiers de ses médecins généralistes en libéral exclusivement qui sont âgés de 55 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020

Carte 32 : Nombre de médecins (hors remplaçants) âgés de 55 ans et plus au 1^{er} janvier 2020



Source : DREES – RPPS 2020 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

→ concernant la démographie médicale des spécialistes (toutes disciplines confondues) la situation est autant inquiétante que celle des médecins généralistes. Parmi les 530 médecins spécialistes ayant une activité en libéral exclusivement ou mixte au 1^{er} janvier 2020, 255 sont âgés de 55 ans ou plus (48 %) et 178 âgés de 60 ans ou plus (34 %). Par rapport aux densités régionales, il est observé un manque de pédiatres, de psychiatres et tout particulièrement de pédopsychiatres et de chirurgiens-dentistes. Les professionnels interrogés ont évoqué leur préoccupation sur le fait que dès qu'un spécialiste part à la retraite sur un territoire, c'est la disparition d'un spécialiste de soins de 2^e ligne. Ils nous ont confiés que depuis la crise du Covid, plusieurs mois se sont ajoutés aux délais pour les dermatologues et les cardiologues, surtout à l'hôpital. Impacté directement par la gestion de l'épidémie, l'hôpital éprouve des difficultés à reprendre une activité habituelle. Même en libéral, il devient difficile d'obtenir un rendez-vous avec un dermatologue. Pour ceux qui prennent encore des patients (ce qui n'est donc pas le cas de tous), il faut compter entre 12 et 18 mois pour obtenir un rendez-vous. Plusieurs mois sont nécessaires pour une échographie non urgente. Il reste possible d'envoyer les patients à Céret mais ceux qui ne pourront pas se déplacer ne bénéficieront pas de cette solution. Un neurologue, un diabétologue ou un rhumatologue qui part à la retraite n'est pas

systématiquement remplacé. Le manque qui en découle est tel que les professionnels espèrent parfois un âge plus avancé des patients afin qu'ils soient pris en charge en gériatrie qui, elle, souffre moins de la carence de professionnels. Les ophtalmologistes sont aussi concernés par la tension de la démographie médicale mais ont mis en place une délégation de tâches auprès des orthoptistes qui permet de les soulager.

Ces enjeux d'accès à la santé et aux soins partout et pour tous sont également des enjeux pour d'autres Départements qui s'en sont saisis. En effet, garants des solidarités sociales et territoriales, les Départements ont pour mission de maintenir la qualité des services offerts aux citoyens partout et pour tous. Dans le domaine de l'accès aux soins, cela se traduit par des mesures d'incitation à l'installation de nouveaux professionnels de santé ou des aides pour lutter contre la désertification médicale : aides financières attribuées aux médecins, ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires ou centres de santé... À cet enjeu de santé publique, se rajoute également un enjeu stratégique d'aménagement du territoire, car la présence médicale est un élément essentiel pour l'attractivité du territoire, et constitue un facteur déterminant de maintien des populations. Les Départements déjà engagés aujourd'hui ont une politique volontariste en faveur d'un égal accès à la santé pour les citoyens c'est-à-dire « offrir à tous les citoyens, quel que soit leur lieu d'habitation, l'accès à des soins de proximité et de qualité ». « Ces actions sont à l'évidence complémentaires des schémas d'accessibilité des services au public que les Départements doivent élaborer suite à la loi Notre. »⁸

Selon un des constats issus du rapport du Dr Sophie Augros, il semble important de déployer des actions qui ne mettent pas les territoires en concurrence. Les dispositifs incitatifs existant actuellement pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans des zones sous-dotées sont mis en concurrence avec des dispositifs d'attractivité territoriale de revitalisation économique de zones rurales (des avantages fiscaux et sociaux attachés à ces zones identifiées comme des « zones de revitalisation rurales » bien supérieurs dans leur durée et dans leur montant aux aides à l'installation proposées aux médecins pour les zones identifiées par l'Assurance maladie)⁹. Ces actions de soutien à l'attractivité médicale dans un objectif de revitalisation économique d'un territoire sont parfois en inadéquation avec les besoins de lutte contre la désertification médicale.

Selon ce même rapport, « toutes les politiques mises en œuvre doivent en tout état de cause composer avec le fait que l'attractivité médicale des territoires obéit principalement à des facteurs exogènes au système de santé : en premier lieu, l'environnement général et les conditions de travail. De fait, l'analyse de la littérature menée par l'IRDES montre que les incitations financières à l'installation ou au maintien (notamment avec des durées d'obligation de service en zones prioritaires) n'auraient qu'une influence modérée à court terme et faible à long terme »¹⁰. Les leviers cités dans ce rapport sont par exemple des aides qui seraient complémentaires à des incitations financières. Elles touchent par exemple à la formation initiale des médecins ou à l'optimisation du temps médical par un meilleur partage de tâches entre professionnels de santé et une meilleure coordination.

⁸ Source : Assemblée des Départements de France, les actions de lutte contre les déserts médicaux

⁹ Source : Rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, septembre 2019, p52

¹⁰ Source : Rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, septembre 2019, p52

Construire une culture commune sur l'accès à la santé et aux soins partout et pour tous est primordial pour développer des actions équitables au niveau des territoires. Ceci passera inévitablement par une redéfinition de la notion de santé qui est parfois encore perçue comme une action curative, et non préventive.

Cet aspect doit être associé à :

- un renforcement des compétences du Département pour permettre aux médecins d'avoir du temps pour consulter et soigner (Cf.6.1 Pistes de réflexion proposées en lien direct ou indirect avec les champs de compétences du Conseil départemental) ;
- la mise en valeur des dispositifs existants ;
- une meilleure coordination entre les acteurs ;
- l'élaboration d'une feuille de route, un plan d'actions permettant de soutenir une équité territoriale et sociale pour un accès aux soins et à la santé pour tous (Cf. 6.2 Pistes de réflexion proposées pour un accès aux soins et à la santé pour tous).

À propos de ce dernier point sur l'élaboration d'un plan d'actions ou une feuille de route, des Départements comme la Seine-et-Marne ou Charente-Maritime ont construit avec leurs élus un pacte santé ou un plan santé.



POUR COMPLÉTER

■ LA SEINE-ET-MARNE À LA RECONQUÊTE DE L'OFFRE MÉDICALE (2020)

Pacte Santé en 5 actes

- **Attirer les professionnels de santé et leurs familles** en faisant la promotion du territoire et de ses atouts, par le biais de la marque de territoire lancée le 18 juin 2020.
- **Contribuer à l'insertion des futurs professionnels de santé et de soins** : formation de maîtres de stage dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), création d'une maison des internes en 2021 et aides aux internes pour se loger et se déplacer.
- **Créer les conditions attractives de l'installation de professionnels** : exonérer les maisons de santé de la taxe d'aménagement (dès le 1er janvier 2021) et expérimenter le salariat de médecins.
- **Investir pour la santé dans les territoires isolés** : création de maisons de santé départementales dès 2021, financement des maisons de santé pluridisciplinaires pour la médecine libérale ou encore développement de la télé-médecine.
- **Coordonner les acteurs de la santé autour des projets communs**, afin d'identifier de nouvelles solutions pour combattre la désertification médicale.

<http://www.departements.fr/seine-marne-a-reconquete-de-loffre-medicale/>

<http://ebook.charente-maritime.fr/eBook/Plan-sante/>



Concernant le déploiement d'une palette de réponses afin de soutenir les territoires à inciter l'installation de professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes d'une part et, d'autre part à faciliter l'« aller vers » le soin, un premier balayage des expériences portées par d'autres Conseils Départementaux (Cf. Annexe Bibliographie réalisée par le pôle documentation du CREAi-ORS) nous permet d'avoir des premières pistes de réponses aux besoins formulés par les professionnels interrogés. Voici quelques exemples qui nous semblent intéressants à approfondir dans un second temps :

- création de centres départementaux de santé par le Département de la Saône-et-Loire¹¹ ;
- lancement d'appel à projets de soutien départemental aux maisons médicales confiées aux communes par le département des Yvelines¹² ;
- création d'un site dédié aux médecins en recherche d'installation et organisation de soirées d'accueil, de journées découvertes pour les internes en stage par le Département du Gers¹³ ;

¹¹ <https://www.centredesante71.fr/le-centre-de-sante-c-est-quoi>

¹² <https://www.yvelines.fr/solidarite/sante/acces-aux-soins/politique-de-soutien-a-loffre-de-sante/>

¹³ <https://www.dites32.fr/> et <https://youtu.be/alT8hM1Et8g>

- mise en place d'un service départemental d'accueil des internes par le Département du Tarn-et-Garonne avec l'élaboration d'un livret d'accueil¹⁴ ;
- mise en place d'une aide pour former les infirmiers en pratiques avancées par le Département de Charente-et-Maritime¹⁵ ;
- développement de solutions de télémédecine par les départements : cabines de téléconsultation médicale. Par exemple, le Département en Seine-et-Marne a mis en place en 2020 un dispositif TOM (Télé Ophtalmologie Mobile), un bus tout équipé qui permet l'accès à un ophtalmologue à distance et a pour projet d'installer des cabinets médicaux connectés (10 cabines d'ici 2021).

En guise de conclusion, il nous semble important à court terme pour le Département des Pyrénées-Orientales de poursuivre cette démarche en :

- prenant attache avec le coordonnateur des MSPP de l'ARS Occitanie ;
- engageant la production d'un benchmark des expériences portées par d'autres conseils départementaux (les retours d'expériences avec les avantages et les inconvénients) ;
- associant les EPCI et les Conseils de l'ordre afin de construire ensemble une stratégie commune, « *un plan Santé ou un pacte Santé* ».

À long terme, il semble nécessaire d'agir sur le renouvellement de la démographie médicale et paramédicale au regard des chiffres et des remontées du terrain recueillies par les acteurs interrogés.

¹⁴ <https://fr.calameo.com/read/0057950134c6263fb36ed>

8/ LISTE DES SIGLES

AAH : allocation adulte handicapé en vert première occurrence décrite par partie

AEMO : action éducative en milieu ouvert

AFD : aide aux familles à domicile

AJEP : accueil du jeune enfant à Perpignan

ALD : affectation de longue durée

ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (aujourd'hui « Addiction France »)

APA : allocation personnalisée d'autonomie

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce

CC : communauté de communes

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDPI : cellule départementale de prévention et insertion

CFPPA : conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie

CHP : centre hospitalier de Perpignan

CLAT : centre de lutte anti-tuberculose

CLIC : centre local d'information et de coordination

CLS : contrat local de santé

CMP : centre médico-psychologique

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CMS : centre municipal de santé

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CPTS APCM : communauté professionnelle territoriale de santé Agly Pyrénées Corbières Méditerranée

CRA : centre ressources autisme

CTA : coordination territoriale d'appui

CSS : complémentaire santé solidaire

DAC : dispositif d'appui à la coordination

DITEP : dispositif ITEP

ELIOS : équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie adulte mise en œuvre par le CH de Thuir sur Perpignan

EMAP : équipe mobile d'intervention précoce mise en œuvre par le CH de Thuir sur Argelès-sur-Mer

EMPG : équipe mobile de psycho-gérontologie mise en œuvre par le CH de Thuir qui intervient dans une majorité des EHPAD du département

EMPP : équipe mobile de psychiatrie précarité mise en œuvre par le CH de Thuir

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FORMS : Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé

FV : foyer de vie

GCS : groupement de coopération sanitaire

IAD : insertion et accès aux droits

IDEA : institut départemental de l'enfance et de l'adolescence

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : maison d'accueil spécialisée

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MSP : maison sociale de proximité

MSPP : maison de santé pluriprofessionnelle

MSPU : maison de santé pluriprofessionnelle universitaire

OMS : organisation mondiale de la santé

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PCPE : pôle de compétences et de prestations externalisées

PCH : prestation de compensation du handicap

PDSA : permanence des soins ambulatoires

PMI : protection maternelle infantile

PTAc : plateforme territoriale d'appui et de coordination

RSA : revenu de solidarité active

SAAD : services d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMU : service d'aide médicale d'urgence

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

TSA : trouble du spectre de l'autisme

9/ TABLE DES ILLUSTRATIONS

LES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre d'habitants et densité de la population au 1 ^{er} janvier 2018.....	7
Tableau 2 : Taux d'accroissement annuel moyen de la population entre 2013 et 2018	8
Tableau 3 : Indice de vieillissement au 1 ^{er} janvier 2018.....	10
Tableau 4 : Admissions en affections de longue durée (ALD) en 2012-2017 et taux standardisé *(TS) pour 100 000 habitants	11
Tableau 5 : Nombre et densité de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte au 1 ^{er} janvier 2020* ...	13
Tableau 6 : Nombre de médecins spécialistes exerçant exclusivement en libéral (hors médecins remplaçants) au 1 ^{er} janvier 2020 et densité pour 100 000 habitants	15
Tableau 7 : Nombre d'autres professionnels de santé exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) au 1 ^{er} janvier 2020 selon leur discipline et densité pour 100 000 habitants	17
Tableau 8 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1 ^{er} janvier 2020	41
Tableau 9 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1 ^{er} janvier 2020	42
Tableau 10 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral selon leur spécialité au 1 ^{er} janvier 2020	43
Tableau 11 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1 ^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants	44
Tableau 12 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1 ^{er} janvier 2020	45
Tableau 13 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1 ^{er} janvier 2020	46
Tableau 14 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral et densité pour 100 000 habitants selon leur spécialité au 1 ^{er} janvier 2020	47
Tableau 15 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1 ^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants	48
Tableau 16 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1 ^{er} janvier 2020	49
Tableau 17 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1 ^{er} janvier 2020	50
Tableau 18 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral et densité pour 100 000 habitants selon leur spécialité au 1 ^{er} janvier 2020	51
Tableau 19 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1 ^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants	52
Tableau 20 : Nombre et densité de médecins généralistes* au 1 ^{er} janvier 2020	53
Tableau 21 : Nombre et densité de médecins spécialistes* au 1 ^{er} janvier 2020	54
Tableau 22 : Nombre de médecins spécialistes* exerçant exclusivement en libéral et densité pour 100 000 habitants selon leur spécialité au 1 ^{er} janvier 2020	55
Tableau 23 : Nombre d'autres professionnels de santé * exerçant en libéral (exclusivement ou mixte) selon leur discipline au 1 ^{er} janvier 2020 et leur densité pour 100 000 habitants	56
Tableau 24 : Pistes de réflexion proposées par les professionnels interrogés en lien direct ou indirect avec les champs de compétences du Conseil départemental	68
Tableau 25 : Pistes de réflexion proposées par les professionnels interrogés pour un accès aux soins et à la santé pour tous.....	73

LES FIGURES

Figure 1 : Répartition de la population des Pyrénées-Orientales au 1 ^{er} janvier 2018	7
Figure 2 : Pyramide des âges (en %) 2018 : Pyrénées-Orientales et chaque territoire d'action du Département	9
Figure 3 : Indice de vieillissement en 2013 et en 2018	10
Figure 4 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)	41
Figure 5 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	41
Figure 6 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)	42
Figure 7 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	42
Figure 8 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)	45
Figure 9 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	45
Figure 10 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)	46
Figure 11 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	46
Figure 12 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)	49
Figure 13 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	49
Figure 14 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)	50
Figure 15 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	50
Figure 16 : Médecins généralistes* selon leur mode d'exercice (%)	53
Figure 17 : Médecins généralistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	53
Figure 18 : Médecins spécialistes* selon leur mode d'exercice (%)	54
Figure 19 : Médecins spécialistes* en libéral exclusivement selon leur âge au 1 ^{er} janvier 2020 (%)	54

LES CARTES

Carte 1 : Maillage territorial des Maisons Sociales de Proximité (MSP) selon les 4 territoires d'action du Conseil départemental des Pyrénées-Orientales et 11 zones géographiques.....	2
Carte 2 : Nombre d'habitants et densité de la population au 1 ^{er} janvier 2018.....	7
Carte 3 : Évolution de la population entre 2013 et 2018 (%).....	8
Carte 4 : Indice de vieillissement en 2018.....	10
Carte 5 : Taux annuel moyen standardisé* de personnes admises en affection de longue durée – Période 2012-2017 (sans 2015) - Taux moyen pour 100 000 habitants	11
Carte 6 : Taux moyen annuel standardisé* de personnes admises en affection de longue durée pour diabète de type I ou II – Période 2012-2017 (sans 2015) - Taux moyen pour 100 000 habitants	12
Carte 7 : Taux moyen annuel standardisé* de personnes admises en affections psychiatriques de longue durée – Période 2012-2017 (sans 2015) - Taux moyen pour 100 000 habitants	12
Carte 8 : Nombre de médecins généralistes en exercice libéral exclusivement au 1 ^{er} janvier 2020	13
Carte 9 : Nombre total de médecins spécialistes en exercice libéral exclusivement (hors médecins remplaçants) au 1 ^{er} janvier 2020.....	16
Carte 10 : Nombre de médecins spécialistes en exercice libéral exclusivement selon leur discipline hors médecins remplaçants) au 1 ^{er} janvier 2020	16
Carte 11 : Nombre d'infirmiers en exercice libéral (exclusivement ou mixte) (hors remplaçants) au 1 ^{er} janvier 2020.....	18
Carte 12 : Nombre d'autres professionnels de santé en exercice libéral (exclusivement ou mixte) (hors remplaçants) au 1 ^{er} janvier 2020.....	18

Carte 13 : APL aux médecins généralistes libéraux ou salariés dans un centre de santé en 2019	20
Carte 14 : APL aux sage-femmes en activité libérale en 2019	21
Carte 15 : APL aux infirmiers libéraux ou salariés dans un centre de santé en 2019.....	21
Carte 16 : Découpage du département des Pyrénées-Orientales selon les 21 Territoires de Vie Santé au 31 décembre 2020 qui sont constitués uniquement de communes du département	22
Carte 17 : Catégorisation des communes dans le zonage médecins au 31 décembre 2020	22
Carte 18 : Maisons de santé pluri professionnelles existantes au 1 ^{er} septembre 2021.....	24
Carte 19 : Implantation des établissements de santé avec un service de médecine ou chirurgie, et ceux dotés d'un service de médecine d'urgence – Temps de trajet moyen en heure de pointe en minutes pour y accéder.....	26
Carte 20 : Implantation des établissements de santé avec une maternité – Temps de trajet moyen en heure de pointe en minutes pour y accéder	28
Carte 21 : Implantation des établissements de santé spécialisés en psychiatrie et temps de trajet moyen en heure de pointe en minutes pour y accéder – Implantation d'autres dispositifs médicosociaux dont les GEM.....	29
Carte 22 : Implantation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	31
Carte 23 : Implantation des services d'aides à domicile (SAAD, SPASAD...) (lieu d'implantation).....	32
Carte 24 : Implantation des structures médicosociales d'accompagnement des enfants en situation de handicap	33
Carte 25 : Implantation des structures médicosociales d'accompagnement des adultes en situation de handicap	34
Carte 26 : Implantation des structures médicosociales d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie	35
Carte 27 : Implantation des structures sociales d'accompagnement des enfants confiés à l'ASE	36
Carte 28 : Implantation des structures sociales d'accompagnement des adultes en difficultés sociales	37
Carte 29 : Implantation des structures ayant répondu à l'enquête – Missions d'intervention autour de la prévention, la réduction des risques ou l'accès aux droits communs	38
Carte 30 : Implantation des structures ayant répondu à l'enquête – Missions d'intervention autour du logement, de l'insertion professionnelle ou l'insertion sociale	39
Carte 31 : Territoires couverts par des projets de CPTS dans les Pyrénées-Orientales, sous réserve d'évolution des projets.....	59
Carte 32 : Nombre de médecins (hors remplaçants) âgés de 55 ans et plus au 1 ^{er} janvier 2020	80

10/ ANNEXE : BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE RÉALISÉE PAR LE SERVICE DE DOCUMENTATION DU CREA-ORS OCCITANIE

Octobre 2021

Accès aux soins : les actions entreprises et/ou financées par les départements

*Toutes les références sont classées par date : de la plus récente à la plus ancienne.
Les liens internet ont tous été consultés pour la dernière fois en octobre 2021*

Assemblée des Départements de France

Source : <http://www.departements.fr/deserts-medicaux-departements-action/>

Source : Assemblée des Départements de France : les Départements de France en actions
<http://www.departements.fr/actualites/?filter-theme=181&filter-departements=&filter-categorie=1&search=>

Articles

RAYNAUD J., LE BOULER S., Accès aux soins et politiques d'aménagement du territoire, Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, n° 29, pp. 67 - 74

CD du Gers (32)

Un site dédié aux médecins en recherche d'installation www.dites32.fr est en ligne. Ce site liste les opportunités d'installation et de remplacement et les conditions d'exercice sur les différents territoires du Gers. Il présente les offres dans leur contexte professionnel et cadre de vie. Il offre également un volet facultatif d'aide à l'installation pour les médecins qui le désirent. Ce nouveau site a été construit de façon multi-partenaire par le Département du Gers, le CDOM, les médecins volontaires, l'ARS, la CPAM et les collectivités concernées.

Source : <https://www.gers.fr/aides-infos-pratiques/futurs-medecins-dites-32>

CD des Yvelines (78)

Les assises de la ruralité, qui se sont déroulées d'octobre 2015 à février 2016, ont mis en avant **un enjeu important d'accès aux soins de premier recours sur certains territoires yvelinois**.

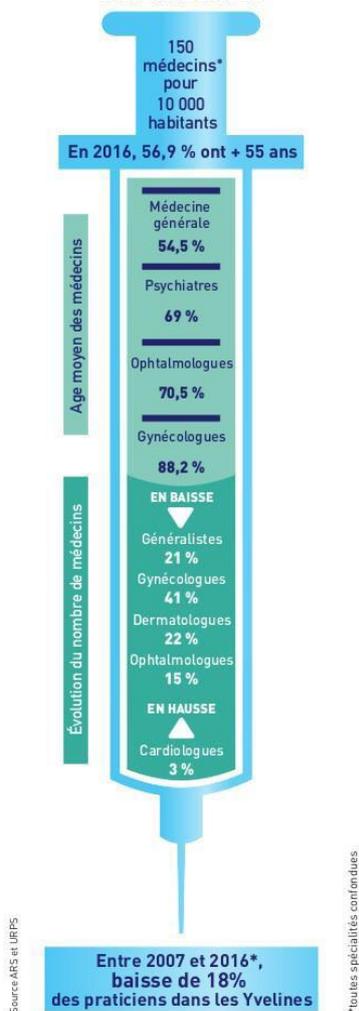
En complément de ces concertations, la Direction du développement du Département a établi un état des lieux actuel et prospectif de l'offre de soins dans les Yvelines.

Actuellement **les Yvelines ne paraissent pas encore confrontées à un manque de professionnels de soins de premiers recours**. Ainsi, par rapport aux autres départements de la grande couronne d'Ile-de-France, le département des Yvelines est sous doté en infirmiers (-12 points) mais il est mieux doté en kinésithérapeutes (+20 points), dentistes (+17 points) et en médecins généralistes (+4 points).

Cependant les récentes évolutions et les perspectives à court et moyen terme sont très défavorables :

- Entre 2007 et 2016, les Yvelines ont connu une **diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière de 21%** (France : - 8,4% et Ile-de-France : -18,7%). Seul Paris et la Nièvre connaissent une baisse plus importante (-23%).
- Le département des Yvelines est le département francilien qui, sur la période 2015-2020, a **la plus forte diminution prévisionnelle de médecins (-6,1%) alors même que la population yvelinoise devrait augmenter, sur cette période, de 3,9%**.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DES YVELINES



De plus, le vieillissement de la population yvelinoise, qui s'inscrit dans les tendances nationales, **renforce la nécessité de maintenir l'offre de santé du territoire pour accompagner cette mutation démographique**. Dans ce cadre, une politique départementale d'aide à l'installation et au maintien de professionnels de santé dans les Yvelines doit permettre, finalement, de garantir un accès à des soins médicaux et paramédicaux de qualité aux yvelinois.

Dans ce cadre, la politique départementale d'aide à l'installation et au maintien de professionnels de santé a pour finalité première de garantir un égal accès à des soins médicaux et paramédicaux de qualité et ce en tout point du territoire –notamment en zone rurale et dans les QPV. Elle se décline en 3 axes :

1. Présentation de l'Appel à projet « Maisons médicales »

Les communes candidates à l'Appel à projets ont présenté :

- un seul projet sur leur bassin de santé (dans le cadre de l'Appel à projets)
- une équipe médicale comprenant au minimum 1 médecin généraliste.

L'analyse des projets de maisons médicale a porté sur leur opportunité et leur faisabilité. Elle a été réalisée en partenariat avec l'ARS, l'URPS – médecins libéraux, l'AIUF, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Yvelines pour faciliter la prise en compte des besoins du territoire et des professionnels de santé.

Les communes lauréates avaient le choix entre **deux modalités de mise en œuvre** :

- Une maîtrise d'ouvrage communale bénéficiant soit :
 - d'une subvention plafonnée à 1,4 M€ (70% de 2 M€),
 - d'une avance remboursable jusqu'à 100 % d'un coût total plafonné à 2M€.
 Dans ce cas, la maison médicale est la propriété de la commune.
- Une maîtrise d'ouvrage départementale. Dans ce second cas, la maison médicale est la propriété du Département qui finance l'ensemble de l'investissement.

Cet appel à projets a permis d'initier un réseau de 21 maisons médicales réparties sur l'ensemble du territoire yvelinois :

- 9 maisons médicales propriété du Département. Elles sont ensuite mises à disposition de la commune qui en assure la gestion et le fonctionnement.
- 12 maisons médicales construites par les communes avec le soutien financier du Département.

2. Favoriser la création de maisons médicales :

- Délibération création appel à projet maisons médicales :
<https://www.yvelines.fr/wp-content/uploads/2019/30-06-2017-deliberation-approuvee.pdf>
- Délibération validation communes retenues :
<https://www.yvelines.fr/wp-content/uploads/2019/DELIB-PROJETS-ET-ADAPTATION-DE-LAPPEL-A-PROJET-MAISONS-MEDICALES.pdf>
- Soulager les professionnels de santé de la gestion administrative de ces maisons médicales

3. Améliorer l'attractivité de notre Département pour les étudiants en médecine.

- Délibération accueil étudiants formations maitres de stage :
<https://www.yvelines.fr/wp-content/uploads/2019/delib-prevention-sante-2018.pdf>

Source : Le Département des Yvelines – Politique de soutien à l'offre de santé

<https://www.yvelines.fr/solidarite/sante/acces-aux-soins/politique-de-soutien-a-loffre-de-sante/>

CD Charente (16)

Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public pour le département de la Charente 2017-2023. Partie accès soins. Préfet de Charente, Département de Charente, (2016), 162p.

https://www.lacharente.fr/fileadmin/user_upload/Medias/boite_a-outils/SDDAPS/SDAASP16_v8_anonymise.pdf

<https://www.lacharente.fr/boite-a-outils/schema-departemental-damelioration-de-laccessibilite-des-services-au-public/>

CD des départements en région Nouvelle-Aquitaine

Ma santé 2022 : quelle concrétisation en Nouvelle Aquitaine. ARS Nouvelle-Aquitaine, 2019, 19 p.

https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-09/DP_Ma_Sante_2022_ARS_NA_16_09_2019.pdf

CD Charente-Maritime (17)



Vous êtes étudiant en médecine
Plan santé : Futurs médecins, bienvenue en Charente-Maritime ! Le Département vous accompagne pendant vos études et votre installation.

Vous êtes médecin ou infirmier
Plan santé : installation, stage, formation... Le Département de la Charente-Maritime met en place, pour vous, un dispositif d'aides.

Vous êtes une collectivité territoriale
Plan santé : vous souhaitez participer à l'installation de médecins sur votre territoire, le Département vous accompagne dans vos démarches.

Source Le

Département Charente-Maritime - Rubrique santé : <https://la.charente-maritime.fr/sante>

CD du Tarn-et-Garonne (82)

Accès aux soins



Parallèlement à une augmentation démographique sans précédent de son territoire, le Conseil départemental de Tarn-et-Garonne, fort de ses compétences en matière de solidarités humaines, renforce son engagement en faveur de l'installation des jeunes médecins et souhaite favoriser l'accueil des stagiaires internes en médecine générale.



Mission accueil des internes
Le Conseil départemental de Tarn-et-Garonne a mis en place en 2019 un service d'accueil des internes.

Postes à pourvoir au sein des MSP et centres de santé
Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et les centres de santé de Tarn-et-Garonne recrutent.

Médécine Demain
Santé et sécurité sanitaire
Le Tarn-et-Garonne participe à la journée virtuelle #MédécineDemain
Le Tarn-et-Garonne participe à la journée virtuelle

Source : Le Département Tarn-et-Garonne – Accès aux soins <https://www.ledepartement.fr/mes-services/nos-missions/acces-aux-soins>

Recherche sur la base Oscar des actions financées par les départements

Accompagnement individualisé à la santé - Creuse - Année 5 CD de la Creuse

<https://www.oscarsante.org/national/action/detail/70941?filtres%5Bannee%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5Bannee%5D%5Bq%5D%5B%5D=2021&filtres%5Bfinanceurs%5D%5Bop%5D=OR&libre=acc%C3%A8s+soins&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau&sortArray%5B%5D=accompagnement+individualise+a+la+sante+-+creuse+-+annee+5&sortArray%5B%5D=2021&sortArray%5B%5D=11.961408&sortArray%5B%5D=action%2370941>

Promotion et accès aux soins pour les familles gens du voyage - Année 4 CD de Charente

<https://www.oscarsante.org/national/action/detail/66911?filtres%5Bannee%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5Bannee%5D%5Bq%5D%5B%5D=2021&filtres%5Bfinanceurs%5D%5Bop%5D=OR&libre=acc%C3%A8s+soins&from=60&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau&sortArray%5B%5D=promotion+et+acces+aux+soins+pour+les+familles+gens+du+voyage+-+annee+4&sortArray%5B%5D=2021&sortArray%5B%5D=41.806908&sortArray%5B%5D=action%2366911>